À toute Jeunesse

Un partenariat au profit des jeunes de la Montérégie

Programme de promotion-prévention auprès des jeunes de 5 - 17 ans et de leur famille

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
MONTÉRÉGIE
Direction de la santé publique,
de la planification et de l'évaluation

106-06387/

Dépôt légal, 3e trimestre 1998
Bibliothèque Nationale du Québec
Bibliothèque Nationale du Canada

ISBN 2-89342-106-7

Dans ce document, le générique masculin est utilisé sans discrimination, dans le seul but d'alléger le texte.

Remerciements

Aux personnes qui ont contribué à l'élaboration de ce programme.

Équipe de rédaction de la Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation (DSPPÉ) :

Ginette Lafontaine
Suzanne Auger
Andrée Brunet
Claudine Léonard

Groupe de travail intersectoriel :

Représentants des CLSC

Monique Barette,	regroupement régional des intervenants communautaires
Mireille Choinière,	regroupement régional des travailleurs sociaux
Marc Dionne,	table des coordonnateurs Enfance-Famille-Jeunesse
Christiane Duval,	table des coordonnateurs Enfance-Famille-Jeunesse
Manon Lazure,	regroupement régional des hygiénistes dentaires
Denis Paquin,	table des coordonnateurs Enfance-Famille-Jeunesse
Claire Vivier,	regroupement régional des infirmières scolaires

Représentant du milieu municipal

Pierre Quintal,	représentant des policiers communautaires

Représentants des organismes communautaires

Suzanne Joly,	regroupement régional des maisons de la famille
Claudine Laurin,	représentante des organismes communautaires
Linda Robitaille,	représentante des maisons de jeunes
Francine Vachon,	représentante des maisons de jeunes

Représentants du milieu scolaire

Daniel Guilbert,	représentant des directeurs d'école
Léopold Laliberté,	table des responsables de l'adaptation scolaire et des services complémentaires à l'élève
Normand Lussier,	représentant du personnel enseignant
Sylvie Mazur,	représentante de la Direction régionale du ministère de l'Éducation
Denise Proulx,	regroupement des comités de parents
Suzanne Tremblay,	table des directeurs de services éducatifs de la Montérégie

Représentants des Centres jeunesse

Marie-Claude Esprimont,	adjointe au directeur général
Daniel Michelin,	directeur des services professionnels

Représentants de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie

Suzanne Auger,	comité jeunesse, DSPPÉ
Paul Berger,	comité jeunesse, DSPPÉ
Andrée Brunet,	comité jeunesse, DSPPÉ
Caroline De Brouwer,	direction de la coordination des services à la clientèle (DCSC)
Ginette Lafontaine,	comité jeunesse, DSPPÉ
Claudine Léonard,	comité jeunesse, DSPPÉ
André Lussier,	DCSC
Luc Morel,	coordonnateur, DSPPÉ

Comité d'orientation

Suzanne Auger,	comité jeunesse de la DSPPÉ
Paul Berger,	comité jeunesse de la DSPPÉ
Julie Bergevin,	représentante des maisons de jeunes
François Blais,	table des directeurs des CLSC
Luc Boileau,	direction de la DSPPÉ
Céline Bourque,	table régionale des organismes communautaires
André Brunelle,	direction des Centres jeunesse de la Montérégie
Sylvain Caron,	représentant de la sécurité publique
Jacques Désautels,	direction régionale du ministère de l'Éducation
Guy Dufresne,	table des directeurs des CLSC
Ginette Lafontaine,	comité jeunesse de la DSPPÉ
Jean Jacques Maurin,	table des directeurs de commissions scolaires
Diane Miron,	regroupement des comités de parents

Comité clientèle jeunesse (DSPPÉ)

Suzanne Auger
Paul Berger
Andrée Brunet
Céline Farley
Dominique Gagnon
Ginette Lafontaine, responsable
Marie-Paule Leblanc
Claudine Léonard
Danièle Moore
Luc Morel, coordonnateur
Danielle Rousseau
Rolland Tremblay
Jacques Véronneau

Mise en page

Louise Couture
Sylvie Pichette (page couverture)

Table des matières

Avant-propos 7

Introduction 9

1. Un portrait sommaire des jeunes et de leur famille 11

A. Données sociodémographiques et socio-économiques 11

B. Données au regard des capacités personnelles et sociales et des habitudes de vie et comportements sécuritaires des jeunes de la Montérégie 12

2. Les principes fondamentaux 15

Placer le jeune et sa famille au coeur du programme 15

Respecter les périodes de développement de l'enfant et les caractéristiques liées à son sexe 16

Agir en amont des problèmes 16

Miser sur le partenariat 16

Intensifier les actions dans les milieux économiquement défavorisés 18

3. Les dimensions du programme 19

4. Le but et les objectifs du programme 21

5. La contribution des différents milieux 25

- Centres locaux de services communautaires 28
- Milieu scolaire 30
- Milieux substituts (Centres jeunesse de la Montérégie) 32
- Municipalités 34
- Organismes communautaires 36
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie 38

6. La priorisation 41

A. Éléments du contexte et ses incontournables 41

B. Séquence de priorités d'action 44

7. La planification et la mise en oeuvre 51

A. Démarche de planification 51

B. Description sommaire des étapes de planification 53

C. Facteurs de réussite 54

D. Échéancier de réalisation et financement 57

8. Le suivi et l'évaluation 59

Conclusion 61

Bibliographie 63

Figures :

Figure 1 : Le réseau du développement de l'enfant

Figure 2 : Dimensions du programme

Figure 3 : Étapes de planification

Tableaux :

Tableau 1 : Tableau synthèse (chapitre de la priorisation)

Annexes :

Annexe 1 : Population des 6-17 ans par CLSC et de ceux vivant dans les familles de recensement sous le seuil de faible revenu, 1991

Annexe 2 : Étapes du développement de l'enfant et caractéristiques liées au sexe

Annexe 3 : Facteurs de risque et facteurs de protection

Annexe 4 : Résultats attendus des *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*

AVANT-PROPOS

Depuis quelques années, plusieurs documents provinciaux ont confirmé l'importance d'intervenir auprès des jeunes notamment en matière de promotion de la santé et du bien-être et en matière de prévention. Le rapport *Un Québec fou de ses enfants*[1], la *Politique de la santé et du bien-être*[2], le document *Maintenant et pour l'avenir... La Jeunesse*[3] et enfin *Les priorités nationales de santé publique 1997-2002*[4] ont contribué à établir un consensus sur la nécessité de prioriser cette clientèle. Pourtant, l'unanimité et la cohérence du discours n'ont pas été suivies d'actions conséquentes. La reconfiguration du réseau, incluant le virage ambulatoire, semble avoir monopolisé la plupart des énergies, et on assiste plutôt, ces dernières années, à un désinvestissement tant au niveau des services préventifs que des services curatifs visant les jeunes et leur famille[5], notamment en milieu scolaire.

En Montérégie, le conseil d'administration de la Régie régionale de la santé et des services sociaux, en adoptant le *Programme régional de santé publique*[6] en juin 1996, a confirmé son intention d'intervenir particulièrement auprès des jeunes, ceux-ci étant concernés par de nombreuses cibles d'action. De plus, en juin 1997, il a mandaté la Direction de la santé publique afin qu'elle revoit la programmation globale en santé scolaire durant l'année scolaire 1997-1998.

Par ailleurs, le besoin d'une concertation intersectorielle et d'un meilleur encadrement des activités visant la présente clientèle ont clairement été identifiés par les différents intervenants impliqués dans les dossiers de santé publique. En conséquence, la Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation a convenu avec ses partenaires de revoir l'ensemble de la programmation en santé publique à l'intention des jeunes de la Montérégie. Il importe de souligner que cette programmation doit s'effectuer en continuité avec les activités s'adressant aux enfants de 0 à 5 ans, clientèle déjà priorisée depuis deux ans, et avec celles s'adressant aux adultes de 18 ans et plus.

Le présent document est le résultat d'une consultation réalisée auprès d'un groupe de travail intersectoriel. Ce groupe de 23 personnes oeuvrant dans les milieux scolaire, communautaire et municipal ainsi que dans les Centres locaux de services communautaires (CLSC), les Centres jeunesse de la Montérégie et la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie avait le mandat de bonifier et corriger au besoin un projet de programme et d'identifier la contribution du milieu représenté. Parallèlement à ces travaux, un comité d'orientation composé de neuf personnes représentant les mêmes instances, devait approuver la démarche participative de planification du programme et assurer l'engagement des milieux dans cette démarche et dans la mise en oeuvre du programme.

INTRODUCTION

Ce document se veut principalement un guide pour soutenir les intervenants locaux qui auront à définir par territoire de CLSC un plan d'action local en prévention/promotion de la santé et du bien-être au profit des jeunes de leur territoire. Il vise à favoriser l'efficience et l'efficacité de l'action de tous les partenaires qui oeuvrent auprès des jeunes dans les champs de la santé publique, à intégrer les activités et les services préventifs et à éviter le chevauchement, la répétition ou l'oubli de certaines acquisitions fondamentales dans le développement des jeunes.

Cette programmation s'inscrit dans le cadre de l'intervention de santé publique qui consiste principalement à :

⇒ déterminer les problèmes évitables;

⇒ mettre de l'avant des stratégies de promotion et de protection de la santé et du bien-être, de même que des stratégies de prévention coordonnées, soutenues et suscitant la participation de la population;

⇒ implanter et consolider les interventions préventives dont l'efficacité est prouvée et abandonner les autres;

⇒ explorer de nouvelles interventions, particulièrement au regard des déterminants psychosociaux, entre autres au moyen de projets-pilotes;

⇒ expérimenter des stratégies pour modifier les pratiques professionnelles, les évaluer et les diffuser auprès des professionnels, des gestionnaires et de la population[4].

Il s'agit d'un programme de prévention et de promotion de la santé selon les définitions suivantes[3] :

- on entend par **promotion** les actions qui visent l'amélioration de la santé et du bien-être, et pour ce faire, se centrent sur les conditions favorables au développement du jeune et de ses parents, ainsi que sur le maintien et la promotion de conditions de vie saines et adéquates;
- on entend par **prévention** les actions qui visent la diminution des problèmes de santé et de bien-être. Elles se centrent principalement sur la réduction des facteurs de risque.

Plusieurs autres programmes ou plans régionaux d'organisation des services, notamment ceux en jeunesse, en santé mentale et en toxicomanie incluent aussi des actions qui ciblent les jeunes de 5 à 17 ans. Des travaux, discussions et échanges seront réalisés à court terme afin d'en assurer les liens, d'établir un continuum et de favoriser la synergie des actions.

Enfin, il est important de préciser que plusieurs éléments du contexte actuel et à venir influencent ou pourraient influencer cette programmation dont un des principaux est sans contredit la réforme en milieu scolaire. Mais ajoutons que d'autres réformes auront aussi un impact sur la qualité de vie des jeunes et pourraient orienter les actions à

réaliser. La réforme de l'aide sociale et la nouvelle Politique familiale en sont des exemples.

Dans le présent document, on retrouvera dans un premier temps un portrait sommaire des jeunes et de leur famille. En second lieu, les principes fondamentaux sur lesquels repose le programme seront présentés. Suivront le but et les objectifs du programme ainsi que la contribution de chacun des milieux interpellés. Enfin, les éléments à tenir compte lors de la priorisation, ainsi que certains principes à considérer pour la planification, la mise en oeuvre du programme ainsi que son évaluation seront décrits.

Ce document est accompagné par un recueil de différents outils utiles pour l'élaboration des plans d'action locaux, dont un relevé des programmes jugés efficaces ou prometteurs au regard des différents déterminants.

1

UN PORTRAIT SOMMAIRE DES JEUNES ET DE LEUR FAMILLE

A. DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES ET SOCIO-ÉCONOMIQUES

La population de la Montérégie était en 1996 de 1 255 950 et présentait un taux d'accroissement pour la période de 1991-1996 de 4,2 %. Pour l'ensemble du Québec, ce taux d'accroissement se situait à 3,52%. Concernant les territoires de CLSC, ce sont ceux de Kateri (17,15 %), La Presqu'île (12,82 %), du Richelieu (11,66 %) et des Seigneuries (11,52 %) qui détenaient les taux d'accroissement les plus importants. Les territoires des CLSC Longueuil-Ouest (-4,72 %) et du Havre (-3,01 %) affichaient quant à eux les taux de décroissement les plus grands[7].

La densité de la population varie beaucoup d'un secteur à l'autre. Pour l'ensemble de la région, elle se situe à 114,2 personnes au km carré. Les villes à proximité de Montréal ont une densité beaucoup plus élevée que celle du reste du territoire. Par exemple, LeMoyne a une densité de 5265,5 personnes au km carré, Longueuil de 2986,6 alors que dans les milieux ruraux, on retrouve des municipalités avec des densités inférieures à 10 personnes au km carré[8].

En 1996, la population montérégienne était un peu moins âgée que celle du Québec. En particulier, les jeunes de 0 à 19 ans en composaient 28 % (351 410 dont 266 160 sont âgés entre 5 et 19 ans) alors que ce groupe d'âge représentait 26,1 % de la population du Québec. Les territoires où ils étaient moins nombreux étaient ceux du CLSC Longueuil-Ouest (22,5 %) et du Havre (24,4 %) alors que ceux où ils étaient plus nombreux étaient les territoires des CLSC des Seigneuries (30,1 %) et Kateri (30,7 %) [7].

Par ailleurs, au Québec de plus en plus de jeunes se retrouvent dans des familles monoparentales et un peu plus de 80 % de celles-ci ont une femme comme parent. En effet, en 1991, on retrouvait 18 % de familles monoparentales avec enfants de moins de 18 ans comparativement à 17 % en 1986 et 14 % en 1981. Quant au taux de familles monoparentales en Montérégie, on parlait de 16 % en 1991, de 15 % en 1986 et de 12 % en 1981[9]. Dans les territoires de CLSC, ce sont les CLSC de Longueuil-Ouest et

Longueuil-Est avec respectivement 30,9 % et 26,9 % qui obtiennent les plus fortes proportions dépassant largement la valeur du Québec[10].

Sont considérés comme étant à faible revenu les ménages qui consacrent 56,2 % et plus de leur revenu à des biens de première nécessité (nourriture, vêtement, logement). La méthode fixe une série de seuils en tenant compte de la taille du ménage de la région de résidence. En 1990, la proportion de familles vivant sous le seuil de faible revenu en Montérégie était de 14,4 % comparativement à 19,0 % pour le Québec[11]. En ce qui concerne les familles ayant des jeunes de 6 à 17 ans vivant sous le seuil de pauvreté, les proportions étaient pour la Montérégie de 14 % et de 18,2 % pour le Québec.

On retrouve à l'annexe 1 un tableau indiquant le nombre de jeunes de 5 à 17 ans sur chaque territoire de CLSC.

B. DONNÉES AU REGARD DES CAPACITÉS PERSONNELLES ET SOCIALES, DES HABITUDES DE VIE ET DES COMPORTEMENTS SÉCURITAIRES DES JEUNES DE LA MONTÉRÉGIE.

Voici quelques données sur les capacités personnelles et sociales des jeunes de la Montérégie ainsi que sur leurs habitudes de vie et comportements sécuritaires. D'abord, il faut préciser qu'il y aurait un consensus croissant parmi les chercheurs à l'effet qu'une proportion relativement petite des jeunes explique une proportion relativement grande des problèmes sérieux observés parmi ce groupe d'âge. Par exemple, certains travaux américains démontrent qu'environ 25 % des jeunes sont à risque modéré de connaître un seul problème d'adaptation psychosociale, que 15 % sont à risque de deux ou trois problèmes et que 10 % sont à haut risque de problèmes multiples. Le terme problème réfère ici à une grande variété de difficultés : la grossesse chez l'adolescente, la délinquance, le décrochage scolaire, l'abus de substances psychotropes et les désordres de conduite[12]. Pour compléter le portrait suivant, le lecteur peut se référer au *Programme régional de santé publique de la Montérégie*[6].

Ainsi, selon des données québécoises ou montérégiennes (lorsque disponibles), on rapporte :

Au regard des capacités personnelles et sociales

⇒ 11 à 16 % des enfants québécois de 5 ans auraient des troubles de la parole et du langage tandis que le taux de prévalence des élèves qui présentent des difficultés d'adaptation et d'apprentissage est de 11,3 %[4];

⇒ 10 % des enfants de 6 à 11 ans souffriraient de troubles intériorisés (phobie simple, angoisse de séparation, hyperanxiété et dépression majeure) tandis que 8 % d'entre eux présenteraient des troubles extériorisés (hyperactivité, trouble d'opposition, trouble de conduite)[6];

⇒ 6 à 10 % des garçons et 2 à 3 % des filles auraient recours à la violence pour résoudre des problèmes[6];

⇒ au Québec en 1996, les jeunes de 12 à 17 ans, principalement des garçons, étaient présumés avoir commis 20,4 % des crimes avec violence et 38,8 % des crimes contre la propriété, alors qu'ils représentent moins de 10 % de la population[13];

⇒ au niveau de la violence familiale, 48 % des enfants de 3 à 17 ans seraient l'objet de conduites verbales ou non-verbales à caractère violent au moins une fois sur une période d'un an, 27 % auraient subi de la violence physique mineure et 4 % de la violence physique grave[14];

⇒ en 1995-1996, la proportion de jeunes qui finissent le secondaire sans diplôme et qui n'obtiendraient jamais un tel diplôme est de 19,8 % chez les garçons et de 6,5 % chez les filles[15];

⇒ au chapitre de la détresse psychologique (états dépressifs, états anxieux, troubles cognitifs, irritabilité) en Montérégie, le taux pour les 15 à 24 ans se situait à 33 % pour l'année 1992-1993[16];

⇒ au Québec, les jeunes de 15 à 19 ans qui ont rapporté avoir déjà eu des idées suicidaires au cours de leur vie sont plus nombreux chez les jeunes femmes que chez les jeunes hommes (15 % vs 11 %)[17]. De 1992 à 1995, près de 280 garçons et près de 70 filles âgés de 10 à 19 ans se sont suicidés[18].

Au regard des habitudes de vie et des comportements sécuritaires

⇒ entre 26 et 29 % des jeunes de 15 à 19 ans seraient des consommateurs de drogues illicites, dont environ la moitié consommeraient d'autres drogues que la marijuana[18]. L'âge au premier essai se situe entre 12 et 15 ans[6];

⇒ 75 % des jeunes de 15-19 ans consommeraient de l'alcool et c'est chez ce groupe que se retrouve la tendance à la consommation élevée (5 consommations et plus)[17]. Les deux tiers des jeunes ont été initiés à l'alcool avant 15 ans. Un quart disent même avoir consommé avant 13 ans[19];

⇒ le nombre de fumeurs québécois de 12 à 18 ans est passé de 23 à 43 % chez les filles et de 16 à 33 % chez les garçons entre 1992 et 1997[20];

⇒ près des trois-quarts des adolescentes de 15 à 19 ans désirent maigrir; tandis que près de la moitié des garçons de cet âge (48 %) désirent prendre du poids[17];

⇒ environ 15 % des adolescents de 15 à 18 ans ne prennent pas le petit déjeuner. Ce problème est plus fréquent dans les milieux défavorisés et touche plus particulièrement les filles et les adolescents plus âgés[21];

⇒ 19 % des jeunes abandonnent la pratique d'activités physiques trois fois par semaine entre le secondaire I et le secondaire V, et la baisse est plus importante chez les filles. On constate qu'à peine 28 % des québécois de 5 à 17 ans répondent à la norme optimale d'activité physique[22];

⇒ le taux de grossesse chez les moins de 18 ans qui avait fortement augmenté au Québec entre 1980 et 1993, passant de 12,6 à 20,1 pour 1000 adolescentes, est en légère régression depuis 1993, bien qu'on constate d'importantes disparités sous-régionales; en Montérégie, le taux de grossesse en 1993-1995 était de 18,3 pour 1000 adolescentes[23];

⇒ 66 % des jeunes montérégiens de 15 à 19 ans seraient actifs sexuellement et l'âge à la première relation se situerait entre 13,5 et 15 ans. Seulement 37,7 % de ces jeunes protégeraient toutes leurs relations par le condom[6];

⇒ près d'une adolescente sur six aurait vécu un viol et la moitié des adolescentes auraient été victimes de coercition sexuelle. La majorité des agresseurs sont connus de la victime et proviennent de son réseau social plutôt que de son réseau familial[24];

⇒ les écoliers du Québec présenteraient 40 % plus de caries que les autres écoliers des États-Unis, de l'Ontario ou de la Colombie-Britannique[8];

⇒ les blessures causées par les accidents, dont ceux imputables au cyclisme et aux brûlures, sont la toute première cause de mortalité, de morbidité et d'incapacité chez les enfants et les jeunes (52 % des décès chez les 5-14 ans et 78 % chez les 15-19 ans)[17];

⇒ la couverture vaccinale pour l'ensemble des immunisations de base recommandées au Québec est inconnue pour les jeunes montérégiens. On estime entre 10 et 20 % la proportion d'enfants non adéquatement vaccinés.

On constate donc un nombre important de difficultés qui touchent les jeunes, que ce soit au regard des capacités personnelles et sociales ainsi que des habitudes de vie et comportements sécuritaires. Il faut noter aussi des différences entre les filles et les garçons face à ces problèmes. La majorité de ces difficultés entraînent peu de conséquences à court terme sur la morbidité et la mortalité des jeunes (sauf pour les traumatismes intentionnels et non-intentionnels et les maladies évitables par l'immunisation). Toutefois, les problèmes que vivent les jeunes et les habitudes de vie qu'ils adoptent ont des liens étroits avec leur bien-être, leur qualité de vie et leur capacité de grandir et de se développer sainement et harmonieusement.

2

LES PRINCIPES FONDAMENTAUX

Voici les principes fondamentaux sur lesquels repose le programme.

- ***Placer le jeune et sa famille au coeur du programme***
- ***Respecter les périodes de développement de l'enfant et les caractéristiques liées à son sexe***
- ***Agir en amont des problèmes***
- ***Miser sur le partenariat***
- ***Intensifier les actions dans les milieux économiquement défavorisés***

Placer le jeune et sa famille au coeur du programme

Le jeune lui-même et sa famille sont les principaux acteurs dans le développement du jeune. L'élaboration d'un programme Jeunesse doit donc être centrée sur leurs besoins et ne pas se limiter aux missions ou aux rôles des différents organismes et établissements.

De plus, les jeunes et les parents notent souvent qu'ils sont fort peu écoutés ou entendus par les décideurs qui ont pour fonction de déterminer les programmes ou services à leur intention. Ils sont pourtant ceux qui connaissent le mieux leur situation et ils ont la capacité de répondre à leurs besoins et d'agir sur leurs milieux de vie[1].

Respecter les périodes de développement de l'enfant et les caractéristiques liées à son sexe

Bien que chaque enfant soit un être unique et que son rythme de développement doit être respecté, la littérature reconnaît que l'enfant est marqué par de grandes étapes de développement[25]. De plus, les filles n'agissent pas ou ne réagissent pas comme les garçons de sorte que filles et garçons ne vivent pas les mêmes difficultés[26].

La description des étapes de développement ainsi que des caractéristiques liées au sexe peuvent aider les intervenants à adapter leurs interventions. Vous trouverez à l'annexe 2 la présentation de ces étapes (incluant celle du 0-5 ans) ainsi que les différences observées entres les adolescentes et les adolescents aux prises avec des problèmes psychosociaux.

Le programme misera sur le respect des périodes de développement des enfants et des jeunes ainsi que sur les caractéristiques liées à son sexe.

Agir en amont des problèmes

Ce principe fondamental est identifié dans le document traitant des priorités nationales de santé publique. Il est expliqué de la façon suivante :

«L'intervention de santé publique s'effectue surtout avant l'émergence des maladies et des problèmes, en agissant sur le renforcement des facteurs de protection de la santé et du bien-être, sur les conditions de vie favorables au maintien et à l'amélioration de la santé et du bien-être, sur la détection précoce des problèmes sociaux et de santé et sur la réduction des facteurs de risque[4].»

À l'annexe 3, vous retrouverez de plus amples informations sur les facteurs de protection et les facteurs de risque dont il est question, ainsi qu'un tableau énumérant les principaux facteurs de risque pouvant influencer le développement d'un jeune.

Miser sur le partenariat

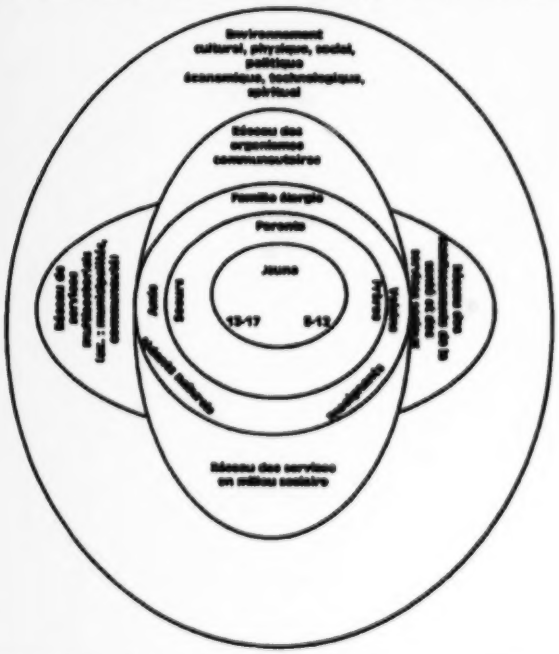
Les problèmes des jeunes sont complexes et demandent que l'ensemble de la collectivité se penche sur les moyens à prendre pour y remédier, pour soutenir l'action des parents et de l'école et pour générer les conditions propices au bon développement des jeunes[1]. Ceci exige beaucoup de concertation et de complicité entre les intervenants et la mise en commun d'efforts soutenus et complémentaires. Le milieu d'un jeune, c'est d'abord des personnes : ses parents,

ses proches, ses voisins, ses amis et ceux de la famille, ses professeurs ou le personnel de l'école et de la garderie scolaire, les personnes qui oeuvrent dans les organismes de sa communauté, les policiers du quartier, les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux qui travaillent auprès d'eux, ... (figure 1) «*Ces partenaires font tous partie du même réseau : celui du développement de l'enfant.*»[1]

Mais qu'entend-on par «partenaires»? Le partenariat consiste en l'action commune de deux ou plusieurs acteurs qui, dans leurs secteurs d'activités respectifs, sont détenteurs de pouvoir au regard des objectifs visés. Il résulte d'une entente établie entre eux et qui porte sur les objectifs, sur les responsabilités de chacun, sur leur contribution financière, sur la gestion de l'action entreprise et sur l'évaluation de la démarche et de l'action. Le partenariat suppose un engagement formel de chaque participant, qui investit une part de ce qui lui appartient dans le but précis de réaliser quelque chose en commun dont il tirera lui-même profit[37].

Le programme définira les bases de l'entente établie entre chacun des partenaires quant à leur contribution respective à l'atteinte des objectifs visés.

Figure 1 : Le réseau du développement de l'enfant



Adapté de : Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides. *PREVJeunesse*. 1998, p. 5-18.

Intensifier les actions dans les milieux économiquement défavorisés

Il est reconnu que la santé et le bien-être sont largement déterminés par le revenu, la scolarité, les conditions de logement et les chances d'accès à l'emploi. Les jeunes de 15 à 19 ans de ménages pauvres sont plus susceptibles d'avoir connu la séparation de leurs parents avant l'âge de 12 ans, d'avoir un faible soutien social ou d'être insatisfaits de leurs relations sociales[28]. Au chapitre des habitudes de vie, ils sont, par exemple, plus susceptibles de fumer tous les jours et sont moins actifs physiquement durant leurs loisirs que les autres jeunes. Il est démontré que les familles en situation de pauvreté utilisent moins les services de santé et qu'elles sont la plupart du temps moins rejointes par les interventions de prévention.

> *«Bien que les leviers d'action relatifs aux conditions de vie se situent la plupart du temps hors du réseau sociosanitaire, l'intervention de santé publique peut contribuer à diminuer les effets négatifs de ces conditions sur la santé et le bien-être des jeunes.»*[4]

Il importe de souligner que bien que tous les jeunes de la Montérégie seront exposés à des actions de prévention et de promotion, il est essentiel d'offrir des activités de façon plus intensive aux jeunes des milieux économiquement défavorisés. Dans la perspective du partenariat, il incombe que tous les milieux reconnaissent l'importance d'adapter les différentes stratégies aux besoins de ces jeunes.

Par ailleurs, l'approche par milieu est recommandée pour rejoindre les jeunes économiquement défavorisés ainsi que leur famille. Cette approche vise à intensifier des actions dans une école, un quartier ou un secteur d'activités spécifiques où sont concentrés ces jeunes et permet d'éviter leur stigmatisation en raison de leurs difficultés[29].

En plus des personnes vivant en milieu défavorisé, d'autres peuvent aussi être ciblées par des actions plus intensives en raison de leur vulnérabilité à l'égard des déterminants de la santé et du bien-être. C'est le cas notamment des jeunes victimes ou témoins de violence, des jeunes ayant des parents qui ont un problème sévère de santé physique ou mentale, des jeunes du secteur de l'adaptation scolaire et des Centres jeunesse.

Le programme priorisera l'action auprès des milieux économiquement défavorisés.

3

LES DIMENSIONS DU PROGRAMME

Selon Pineault et Daveluy (1986)[30], un programme est :

> *«un ensemble organisé, cohérent et intégré d'activités et de services réalisés simultanément ou successivement, avec les ressources nécessaires, dans le but d'atteindre des objectifs déterminés, en rapport avec des problèmes de santé précis et ce, pour une population définie.»*

Puisque la mission de la santé publique est d'agir sur les déterminants de la santé et du bien-être, les activités et services de ce programme seront en lien avec les différents déterminants de la santé et du bien-être plutôt qu'avec les problèmes de santé précis.

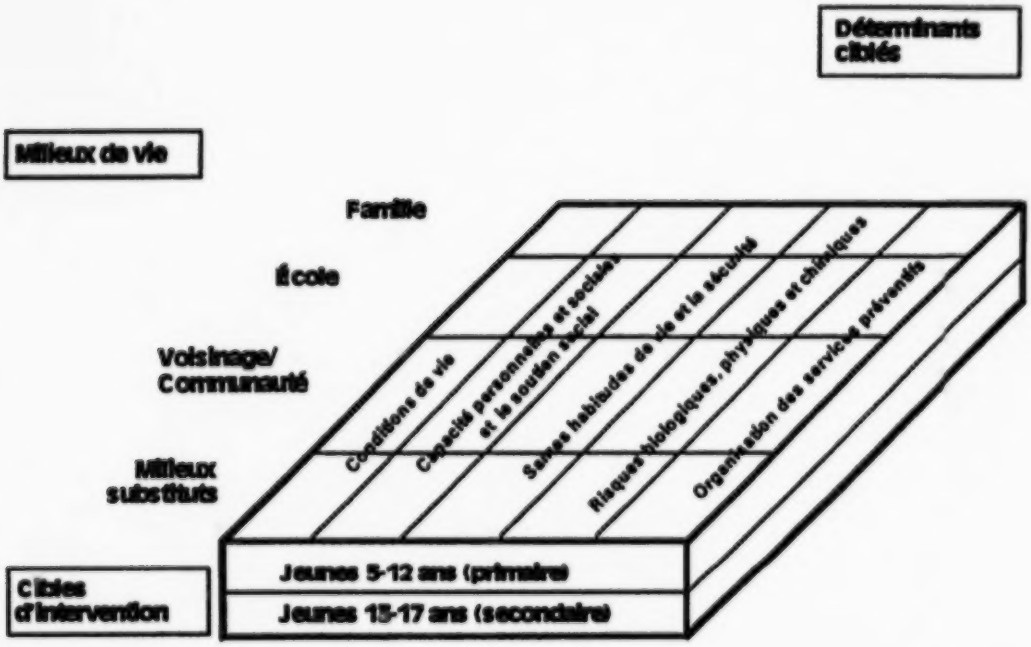
Les déterminants sont l'ensemble des facteurs qui ont un impact sur le niveau de santé et de bien-être de la population; on peut les classer en cinq catégories. La nomenclature de ces déterminants est la même que celle utilisée dans le *Programme régional de santé publique de la Montérégie* (juin 1996)[6] soit :

1. les conditions de vie (ex. : revenu, logement);
2. le développement des capacités personnelles et sociales et le soutien social (ex. : soutien des parents, estime de soi);
3. les saines habitudes de vie et la sécurité (ex. : alcool, sexualité, activité physique);
4. les risques biologiques, chimiques et physiques (ex. : agents infectieux, qualité de l'air);
5. l'organisation des services préventifs.

Comme il est mentionné ci-haut dans la définition de Pineault et Daveluy, le programme devra assurer l'intégration des activités et des services entre les différents milieux de vie et entre les déterminants de la santé et du bien-être visés. Le chevauchement des activités et services devra le plus possible être évité.

La figure suivante présente les différentes dimensions du programme soit les milieux de vie, les cibles d'intervention et les déterminants ciblés.

Figure 2 : Dimensions du programme



LE BUT ET LES OBJECTIFS DU PROGRAMME

But :

Améliorer la santé et le bien-être des jeunes et optimiser leur développement.

Objectifs :

Comme il a été mentionné dans les principes fondamentaux du programme, ce sont **les jeunes et leurs parents** qui sont au centre du programme. Les objectifs sont donc formulés à leur intention en fonction des déterminants de la santé et du bien-être tels que présentés dans le *Programme régional de santé publique*[3] et en tenant compte des résultats attendus des *Priorités nationales de santé publique*[4].

LE PROGRAMME VISE À :

1. Conditions de vie

Pour les jeunes	Pour les parents
• contribuer à l'amélioration des conditions de vie (revenu, logement, ...) qui ont un impact sur leur état de santé et de bien-être; • contribuer à améliorer l'accessibilité des jeunes au marché de l'emploi et à ce que celui-ci tienne compte des contraintes rattachées aux obligations scolaires des jeunes;	• contribuer à l'amélioration des conditions de vie (revenu, logement, ...) qui ont un impact sur leur état de santé et de bien-être; • favoriser l'adoption de politiques publiques améliorant la qualité de vie des familles;

2a. Développement de capacités personnelles et sociales

Pour les jeunes	Pour les parents
• favoriser le développement de l'estime de soi qui dépend principalement des expériences de succès que vivent les jeunes et des rétroactions positives qu'ils reçoivent des personnes qui leur sont significatives; • développer leurs habiletés à communiquer avec leurs parents, avec les adultes qui les entourent et avec leurs amis; • améliorer leurs connaissances concernant leurs droits et leurs responsabilités envers la société;	• développer leurs habiletés à favoriser l'estime de soi de leurs enfants et à reconnaître l'importance des rétroactions positives; • développer leurs habiletés à communiquer facilement avec leurs enfants; • encourager la tolérance zéro face à la violence; • favoriser l'engagement paternel surtout des hommes vivant des situations critiques (séparation, chômage, ...);

2A. DÉVELOPPEMENT DE CAPACITÉS PERSONNELLES ET SOCIALES (SUITE)

POUR LES JEUNES

- améliorer leur résistance à la pression des pairs;
- améliorer leurs habiletés à résoudre de façon non violente les conflits, ainsi que leurs connaissances face au caractère criminel et dommageable de la violence;
- améliorer leurs habiletés à gérer efficacement le stress;
- améliorer leur capacité à vivre des rapports harmonieux et égalitaires entre les garçons et les filles;
- améliorer leur empathie envers les autres et leur respect vis-à-vis d'eux-mêmes, des autres, des différences (race, sexe, orientation sexuelle, ...) et de l'environnement;
- améliorer leur capacité à reconnaître les situations problématiques lorsqu'ils en sont témoins ou victimes (abus, taxage, ...) et à demander de l'aide au besoin;
- améliorer leur capacité à résister aux stéréotypes sexuels;
- améliorer leur capacité à faire des choix éclairés concernant les habitudes de vie et les comportements sécuritaires;

POUR LES PARENTS

- susciter la participation des parents à des activités avec leurs enfants;
- développer leur attention face à la vulnérabilité des jeunes pour l'anxiété de performance et pour la compétition exagérée;
- faire prendre conscience de l'importance de leur rôle de modèle vis-à-vis l'empathie envers les autres et le respect de soi, des autres, des différences (race, sexe, orientation sexuelle, ...) et de l'environnement;
- améliorer leur capacité à demander de l'aide au besoin;
- développer leurs habiletés à communiquer avec leur enfant sur les situations problématiques, sur les relations amoureuses, les habitudes de vie et les comportements sécuritaires;

2B. SOUTIEN SOCIAL

POUR LES JEUNES

- favoriser l'accessibilité et l'utilisation par les jeunes de ressources de soutien (programmes, groupes de pairs aidants, ...), particulièrement lors de certaines situations de vie critiques (séparation de leurs parents, deuil, suicide chez un proche, immigration, difficulté relative à l'orientation sexuelle, ...);
- favoriser l'accessibilité à des ressources communautaires adaptées à leurs besoins et situées près de leurs milieux de vie (ex. : travailleurs de rue ou de milieu, maisons de jeunes), particulièrement dans les milieux défavorisés;
- favoriser la disponibilité de programmes de soutien lors des principales périodes de transition, soit l'entrée au primaire, l'entrée au secondaire, l'entrée au cégep ou dans le milieu du travail;
- favoriser l'accessibilité à des ressources de résolution de conflits (médiation par les pairs, animation en classe, ...);
- favoriser leur implication à l'intérieur de groupes ou d'organismes visant l'amélioration de leur qualité de vie ou le soutien lors de difficultés (violence, toxicomanie, problèmes liés au poids, ...);
- favoriser l'accessibilité à des activités structurées ou semi-structurées pour occuper de façon positive leur temps libre;

POUR LES PARENTS

- favoriser l'accessibilité et l'utilisation au besoin de ressources de soutien familial lors de certaines situations critiques (répit gardiennage, groupes d'entraide, ...);
- améliorer leurs connaissances des ressources auxquelles eux-mêmes et les jeunes peuvent recourir;
- favoriser l'accessibilité à des ressources communautaires adaptées à leurs besoins et situées près de leur milieu de vie (ex. : maison de la famille);
- favoriser leur participation active aux différents milieux de vie de leurs enfants (école, maison de jeunes, activités de loisirs, ...);

3. Saines habitudes de vie et la sécurité

Pour les jeunes

- diminuer le tabagisme en contrant l'initiation au tabagisme et en favorisant la cessation de fumer;
- diminuer la consommation abusive et inappropriée d'alcool et de drogue;
- adopter des comportements sexuels sécuritaires (incluant la contraception) en développant leurs habiletés à faire des choix éclairés au regard de la sexualité et des rapports amoureux;
- améliorer l'adoption de comportements sécuritaires sur le réseau routier (respect du code de la route, port du casque de vélo, ...);
- améliorer la participation régulière à des activités physiques que ce soit en contexte parascolaire, municipal ou autre;
- favoriser l'adoption de comportements alimentaires sains;
- améliorer l'hygiène dentaire, ainsi que l'hygiène personnelle;
- améliorer l'équilibre de leur horaire de vie (sommeil, activité, ...);

Pour les parents

- faire prendre conscience de l'importance de leur rôle de modèle auprès de leurs enfants (ex. : ne pas fumer, faire de l'activité physique);
- améliorer leurs connaissances quant aux risques associés à de mauvaises habitudes de vie et à des comportements non sécuritaires;
- favoriser leur participation à des activités incluses dans les programmes de promotion de saines habitudes de vie et de comportements sécuritaires destinés à leurs enfants;
- favoriser l'accessibilité à des activités culturelles, sportives ou autres, communes aux parents et aux enfants, (modalités de transport, coûts, horaires, ...);

4. Risques biologiques, physiques et chimiques

Pour les jeunes

- améliorer leur couverture vaccinale contre les maladies évitables par l'immunisation;
- favoriser les comportements préventifs efficaces contre les agents infectieux (lavage des mains, manipulation des animaux, ...);
- favoriser l'utilisation de seringues stériles par les utilisateurs de drogues injectables;
- favoriser les mesures de contrôle de l'herbe à poux;
- améliorer l'accès à des environnements sans fumée et avec une bonne qualité d'air;

Pour les parents

- améliorer leurs connaissances sur l'importance de la vaccination de leurs enfants ainsi que leur respect du calendrier régulier de vaccination;
- encourager leur participation aux comités ou autres formes de structure participative par lesquelles ils pourront influencer les décisions qui ont un impact sur la qualité des environnements dans lesquels leurs enfants évoluent;

5. Organisation des services préventifs

Pour les jeunes et les parents

- assurer la disponibilité intégrale du programme de services dentaires préventifs pour tous les enfants;
- assurer l'accès à l'immunisation;
- favoriser l'accès aux pratiques cliniques préventives reconnues efficaces et adaptées aux réalités des jeunes.

5

LA CONTRIBUTION DES DIFFÉRENTS MILIEUX

Ce programme, comme il a été mentionné plus tôt, implique la mise en place d'un ensemble d'activités reliées aux déterminants de la santé et du bien-être des jeunes, effectuées par plusieurs milieux d'intervention, en partenariat et en complémentarité les uns avec les autres. Dans ce chapitre, la contribution que pourrait apporter chacun des partenaires est présentée. Elle est basée sur les objectifs à atteindre pour les jeunes et les parents. Il importe de souligner que plusieurs interventions en lien avec les contributions mentionnées se réalisent déjà dans le milieu.

Afin de rappeler l'importance d'utiliser de multiples stratégies dans nos interventions, les contributions sont regroupées sous quatre grandes stratégies de santé publique inspirées et adaptées de celles figurant dans la *Politique de la santé et du bien-être* : renforcement du potentiel des personnes, renforcement social, aménagement du milieu physique et les pratiques cliniques préventives[2]. Ces stratégies sont définies de la façon suivante :

Renforcement du potentiel des personnes

Renforcer le potentiel des personnes signifie outiller les personnes et les groupes de manière à ce qu'ils puissent prendre leur santé en charge. Il s'agit par exemple de soutenir et de réaliser des activités visant l'acquisition d'habiletés ou de connaissances liées à la prise de décision, la communication, aux bonnes habitudes de vie, etc.

Renforcement social

Le jeune ou sa famille exercent leurs activités au sein de divers milieux qui conditionnent en grande partie le mode de vie, les habitudes, les comportements et déterminent les conditions de vie dans lesquelles ils évoluent. Pour le jeune, ce sera l'école, sa famille, ses lieux de loisirs, etc.

Les contributions identifiées dans cette stratégie visent à renforcer le réseau social qui entoure le jeune et sa famille, par exemple, en soutenant la mise en place d'un groupe d'entraide et de répit gardiennage pour les enfants présentant une vulnérabilité particulière.

Aménagement du milieu physique

La qualité et l'aménagement du milieu physique ont des répercussions évidentes sur la qualité de vie des jeunes. Avoir accès à des aliments sains, pouvoir pratiquer des activités physiques et sportives à deux pas de chez soi, pouvoir vivre dans des espaces sans fumée sont autant d'opportunités qui permettent aux jeunes d'avoir une meilleure santé. Un exemple de contribution sera d'encourager ou de soutenir la mise en place de tels milieux.

Pratiques cliniques préventives

Agir sur les déterminants de la santé c'est aussi s'assurer de la présence et de l'efficacité de soins et de services qui préviendront des problèmes de santé précis. On pourrait donc faire référence à la vaccination, aux services de santé dentaire, à des services de consultation en sexualité, etc.

Afin de définir la contribution du réseau de la santé, des milieux scolaire, municipal et communautaire, certains documents ont été consultés. D'abord, dans le *Programme régional de santé publique*[6], le rôle des établissements et autres dispensateurs, ainsi que la contribution et rôles attendus des organismes y sont précisés. Ensuite, le document *Les services de santé et les services sociaux en milieu scolaire* précise les responsabilités respectives des organismes scolaires et des intervenants des CLSC dans les différents champs d'activités répertoriés[31]. Enfin, on retrouve aussi des indications sur les rôles des équipes de santé publique des régies régionales et des CLSC dans *Les Priorités nationales de santé publique 1997-2002*[4].

Pour chacun des milieux interpellés par le programme, vous trouverez dans les pages suivantes l'ensemble des contributions qui se rapportent à l'une ou l'autre des quatre stratégies décrites précédemment. Chaque contribution peut s'adresser à l'ensemble des intervenants d'un milieu ou encore à ses instances décisionnelles (ex. : la direction de l'école).

CONTRIBUTION SPÉCIFIQUE DE CHACUN DES MILIEUX

CENTRES LOCAUX DE SERVICES COMMUNAUTAIRES (CLSC)

Les CLSC sont un acteur important en santé publique compte tenu particulièrement de leur engagement dans leur communauté. Dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux, on précise leur mission de la façon suivante :

> «Le CLSC doit offrir, en première ligne à la population du territoire qu'il dessert, des services de santé et des services sociaux courants, de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion.
>
> À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre s'assure que les personnes qui requièrent de tels services pour elles-mêmes ou pour leurs familles soient rejointes, que leurs besoins soient évalués et que les services requis leur soient offerts à l'intérieur de ses installations ou dans leur milieu de vie, à l'école, au travail ou à domicile ou, si nécessaire, s'assure qu'elles soient dirigées vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide» (article 80)[32].

Dans le document traitant des *Priorités nationales de santé publique*, on réitère le rôle des CLSC en matière de prévention et de promotion de la santé et du bien-être, d'agent mobilisateur envers les communautés et de développement social[4].

La contribution des CLSC inscrite ci-après tient donc compte de sa mission en prévention/promotion, ainsi que de la contribution qui a été identifiée dans le document *Les services de santé et les services sociaux en milieu scolaire*[31].

CONTRIBUTION DES CENTRES LOCAUX DE SERVICES COMMUNAUTAIRES

RENFORCEMENT DU POTENTIEL DES PERSONNES

- Soutenir le personnel enseignant chargé des volets relatifs au développement des capacités personnelles et sociales et à l'adoption de saines habitudes de vie et de comportements sécuritaires et, à l'occasion, contribuer à titre de personnes-ressource à la formation de ce personnel.
- Réaliser ou soutenir des activités complémentaires au curriculum scolaire (en milieu scolaire ou hors du milieu scolaire) pour les jeunes présentant des critères de vulnérabilité ou qui vivent des situations de vie critiques.
- Utiliser et faire la promotion des stratégies éducatives qui tiennent compte du contexte de vie des jeunes (ex. : formation par les pairs).
- Soutenir ou réaliser des activités visant le développement des compétences parentales en général ainsi qu'au regard des différentes problématiques concernées par le programme, particulièrement pour les parents de milieux vulnérables.

PRATIQUES CLINIQUES PRÉVENTIVES

- Appliquer le programme public de services dentaires préventifs ainsi que son volet régional.
- Offrir des services de consultation notamment en matière de sexualité, par le biais de cliniques jeunesse situées le plus près des milieux de vie des jeunes, dont le milieu scolaire secondaire.
- Offrir les services de vaccination près des milieux de vie des jeunes dont l'école.
- Contribuer à l'organisation des premiers soins dans les écoles, notamment pour le volet des précautions universelles ainsi qu'à l'application du protocole de prévention des maladies infectieuses.
- Référer adéquatement les jeunes en difficulté (violence subie ou agie, risques suicidaires,...).

RENFORCEMENT SOCIAL

- Effectuer une mobilisation de tous les partenaires impliqués auprès des jeunes, afin de favoriser leur contribution au regard de la prévention et de la promotion de la santé et du bien-être (ex. : auprès des comités d'école, auprès des organismes communautaires, ...) et ce, en complémentarité les uns avec les autres.
- Soutenir et s'impliquer dans le développement d'un réseau d'entraide pour les jeunes à l'intérieur et à l'extérieur de l'école.
- Favoriser l'implication des jeunes et de leurs parents à l'intérieur de groupes ou d'organismes visant l'amélioration de leur qualité de vie (ex. : équipe école en santé).
- Soutenir le développement de ressources et d'activités favorisant notamment la vie étudiante et les activités parascolaires, ainsi que les activités de loisirs.
- Soutenir et s'impliquer dans le développement d'activités favorisant les liens entre les parents et l'école.
- Soutenir la mise en place de groupes d'entraide et de répit gardiennage pour les familles présentant une vulnérabilité particulière.
- S'impliquer dans les comités locaux visant le développement économique et social optimal de la communauté.
- Soutenir le développement d'un tissu social riche, accueillant et tolérant.

AMÉNAGEMENT DU MILIEU PHYSIQUE

- Faire la promotion et soutenir la mise en place, auprès de tous les milieux de vie des jeunes, d'un environnement favorable à leur qualité de vie et à l'adoption de saines habitudes de vie et de comportements sécuritaires, notamment par :
  - →des mesures de protection des non-fumeurs;
  - →l'accessibilité à des aliments sains et en quantité suffisante;
  - →des installations facilitant la pratique régulière et sécuritaire d'activité physique;
  - →des mesures visant la prévention de la transmission des maladies infectieuses;
  - →l'accessibilité aux condoms.
- Rendre disponibles les condoms dans leur établissement et participer au programme d'échange de matériel stérile d'injection.
- Faciliter l'accès à de la documentation et à du matériel de promotion de saines habitudes de vie et de comportements sécuritaires.

LE MILIEU SCOLAIRE

Le milieu scolaire est, après la famille, le principal milieu de vie des jeunes de 5 à 17 ans. Il s'agit d'un réseau composé en Montérégie d'environ 360 écoles primaires et 100 écoles secondaires du secteur public ou privé. Les écoles du secteur public sont regroupées, depuis l'été 1998, en 11 commissions scolaires. La mission du milieu scolaire en est une d'éducation. Or, les facteurs qui influencent l'apprentissage scolaire sont, pour la plupart, les mêmes que ceux qui influencent l'adoption de comportements ou d'habitudes de vie favorables à la santé et au bien-être (estime de soi, capacité de résoudre des problèmes, habiletés de communication, ...). De plus, certains comportements ou habitudes de vie ont un impact sur la vie scolaire (violence, relations non-égalitaires, ...) ou sur la réussite scolaire de l'élève (consommation abusive d'alcool ou de drogues, mauvaise alimentation, sédentarité,...).

Dans le cadre de la réforme de l'éducation, on réaffirme d'ailleurs le rôle de l'école quant au développement personnel des jeunes en inscrivant :

> *«Hygiène, sport, connaissance des fonctions physiologiques, diététique, discipline d'alternances entre le travail et la détente sont à intégrer très tôt dans les habitues de vie. Il s'agit là de savoirs élémentaires. Tout le monde à l'école doit s'en préoccuper.*
>
> *Pour parfaire le développement de la personne, il faut aussi ajouter la préoccupation de la découverte des valeurs...»*[33]

Le lien est donc très étroit entre les préoccupations du réseau de l'éducation à cet égard et celles du réseau de la santé et des services sociaux.

Un guide conçu conjointement par les ministères de la Santé et des Services sociaux et de l'Éducation en vue d'assurer une action concertée entre les CLSC et les écoles, est disponible depuis 1993 et précise les champs d'activités et les responsabilités respectives des intervenants de chacun des deux réseaux au regard des services de santé et des services sociaux en milieu scolaire[31].

L'atteinte de plusieurs objectifs du présent programme nécessite la collaboration du milieu scolaire. En ce sens, la collaboration suivante est proposée.

CONTRIBUTION DU MILIEU SCOLAIRE

RENFORCEMENT DU POTENTIEL DES PERSONNES

- Réaliser les activités visant le développement des différentes habiletés, connaissances et attitudes liées aux capacités personnelles et sociales des jeunes, ainsi que l'adoption de saines habitudes de vie et de comportements sécuritaires, prévues à l'intérieur du curriculum.
- Soutenir ou s'impliquer dans des activités complémentaires au curriculum scolaire à l'intention des jeunes qui présentent des facteurs de vulnérabilité ou de ceux qui vivent une situation de vie critique.
- Utiliser des stratégies éducatives tenant compte du contexte de vie des jeunes, dont les jeunes en difficulté (ex. : formation par les pairs).
- Accorder une grande importance aux expériences de succès ou d'échecs des jeunes.
- Démontrer une tolérance zéro face à la violence.

PRATIQUES CLINIQUES PRÉVENTIVES

- Faciliter l'accès à la vaccination.
- Faciliter la réalisation du programme public de services dentaires préventifs, ainsi que son volet régional.
- Voir à l'implantation d'un protocole visant la prévention des maladies infectieuses dans leur milieu.
- Assurer l'organisation et la dispensation des premiers soins, en respectant les précautions universelles.
- Référer adéquatement les jeunes en difficulté (violence subie ou agie, toxicomanie,...).

RENFORCEMENT SOCIAL

- Soutenir la mise en place d'une structure participative (personnel scolaire - parents - jeunes) - de type «équipe école en santé» qui se préoccupera de ce dossier.
- Faciliter un environnement paciflant, sécuritaire et exempt de discrimination.
- Se doter d'une politique et d'un plan d'action contre la violence.
- Accorder une grande importance à l'établissement de liens positifs et significatifs entre les membres du personnel et les jeunes, ainsi qu'à leur rôle de modèles.
- Adopter une politique et des règlements conformes aux objectifs de prévention en toxicomanie.
- Soutenir et s'impliquer dans le développement d'un réseau d'entraide pour les jeunes à l'intérieur de l'école.
- Soutenir et s'impliquer dans le développement d'activités favorisant notamment la vie étudiante et les activités parascolaires et ce, en favorisant l'implication des jeunes.
- Soutenir et s'impliquer dans le développement d'activités favorisant les liens entre les parents et l'école, et entre l'école et la communauté.
- S'impliquer dans les comités locaux visant le développement économique et social optimal de la communauté.

AMÉNAGEMENT DU MILIEU PHYSIQUE

- Appuyer les mesures visant la mise en place d'un environnement favorable à la qualité de vie des jeunes et à l'adoption de saines habitudes de vie et de comportements sécuritaires, notamment par :
  - → des mesures de protection des non-fumeurs;
  - → une politique alimentaire;
  - → l'accès à des aliments sains et en quantité suffisante dans les écoles de milieux défavorisés;
  - → l'accès à des installations facilitant la pratique régulière et sécuritaire d'activité physique;
  - → l'accès à du matériel favorisant l'hygiène personnelle;
  - → l'accès à des condoms (écoles secondaires);
  - → des mesures de sécurité routière (ex. : transport scolaire).
- Faciliter l'accès à de la documentation et à du matériel de promotion de saines habitudes de vie et de comportements sécuritaires.

MILIEUX SUBSTITUTS (CENTRES JEUNESSE)

Les Centres jeunesse ont pour mission :

⇒ d'assurer la protection des jeunes de moins de 18 ans qui vivent une situation dangereuse pour leur sécurité ou leur développement (Loi sur la protection de la jeunesse);

⇒ d'intervenir auprès des jeunes qui commettent des délits dans le but de protéger la société tout en aidant le jeune à assumer ses responsabilités, à réparer le tort causé et à retrouver un comportement mieux adapté à la vie en société (Loi sur les jeunes contrevenants);

⇒ de maintenir et, s'il y a lieu, de développer un réseau de milieux de vie substituts diversifiés et adaptés aux besoins variés des jeunes en difficulté.

Ils offrent aussi dans certaines régions, des services de médiation aux couples avec enfants qui vivent une situation de rupture familiale ainsi que des services aux jeunes mères qui s'adaptent difficilement à leur rôle parental[34].

Donc, compte tenu que leur clientèle est composée principalement de jeunes en difficulté, certaines mesures sélectives en prévention ont avantage à être dispensées à l'intérieur de leurs milieux de vie substituts à la famille. Par exemple, les intervenants réalisant des programmes de prévention des grossesses à l'adolescence, de prévention MTS-sida, de prévention du tabagisme et des toxicomanies, de prévention de la violence auprès des enfants victimes ou témoins de violence retrouveront, dans ce milieu, une concentration de jeunes à risque de développer le problème de santé ou de bien-être que l'on veut prévenir.

Plusieurs objectifs du présent programme nécessitent l'implication de ces milieux substituts. En ce sens, la collaboration suivante est proposée.

CONTRIBUTION DES MILIEUX DE VIE SUBSTITUTS

RENFORCEMENT DU POTENTIEL DES PERSONNES ➢ Soutenir et réaliser des activités visant le développement des différentes habiletés, connaissances et attitudes liées à l'acquisition de saines habitudes de vie et à l'adoption de comportements sécuritaires en utilisant des stratégies éducatives qui tiennent compte du contexte de vie de ces jeunes. ➢ Soutenir ou réaliser des programmes de prévention de la violence pour les jeunes victimes ou témoins de violence. ➢ Réaliser des programmes de développement des compétences parentales pour les parents des jeunes en difficulté ainsi que pour les parents des familles d'accueil*.	**PRATIQUES CLINIQUES PRÉVENTIVES** ➢ Rendre disponible la vaccination contre l'hépatite B pour tous les jeunes admis dans leurs milieux. ➢ S'assurer de l'implantation de la politique visant la prévention des maladies infectieuses dans leur milieu. ➢ S'assurer de l'accessibilité à des services de contraception et de prévention des MTS et du sida.
RENFORCEMENT SOCIAL ➢ Favoriser l'implication des jeunes à l'intérieur d'activités visant l'amélioration de leurs conditions de vie. ➢ S'impliquer dans les comités locaux visant le développement économique et social optimal de la communauté. ➢ Assurer un environnement pacifiant, sécuritaire et exempt de discrimination.	**AMÉNAGEMENT DU MILIEU PHYSIQUE** ➢ Faciliter l'accès à un environnement favorable à leur qualité de vie et à l'adoption de saines habitudes de vie et de comportements sécuritaires, notamment : → des mesures de protection des non-fumeurs; → des aliments sains; → des installations facilitant la pratique régulière et sécuritaire d'activité physique; → des mesures visant la prévention de la transmission des maladies infectieuses. ➢ Faciliter l'accès à de la documentation et à du matériel de promotion de saines habitudes de vie et de comportements sécuritaires (condoms, matériel pour l'hygiène corporelle, ...).

* Il est compris que les familles d'accueil étant un milieu substitut aux parents, les objectifs visant les parents dans le présent programme, visent aussi les familles d'accueil.

MUNICIPALITÉS

Plusieurs activités courantes des municipalités ont un impact direct sur la santé et le bien-être de la population. La Montérégie compte 225 municipalités regroupées au sein de 15 MRC (municipalités régionales de comté). Dix-sept municipalités font partie du réseau Villes et villages en santé. Ce réseau en développement démontre l'intérêt des municipalités envers la santé et pour en faire partie, les participants doivent s'engager à manifester une préoccupation constante pour la santé et la qualité de vie de leurs citoyens. Ils doivent utiliser une stratégie de concertation impliquant les différents services municipaux et les organismes du milieu, qu'il s'agisse des ressources du réseau de la santé et des services sociaux, de celui de l'éducation, du monde du travail, des groupes communautaires, des familles et des citoyens eux-mêmes[35].

Dans un même sens, l'atteinte de plusieurs objectifs du présent programme nécessite la collaboration des municipalités, particulièrement dans les domaines des loisirs et de la sécurité municipale.

CONTRIBUTION DU SECTEUR DES LOISIRS

RENFORCEMENT DU POTENTIEL DES PERSONNES

- Favoriser le développement des capacités personnelles et sociales des jeunes.
- Avoir une tolérance zéro face à la violence.
- Encourager l'acquisition de saines habitudes de vie (notamment l'activité physique et l'alimentation) et l'adoption de comportements sécuritaires (ex. : respect du code de la route en vélo).
- Utiliser des stratégies visant à contrer l'abandon des activités sportives ou de loisirs.

PRATIQUES CLINIQUES PRÉVENTIVES

- S'assurer de l'organisation des premiers soins dans les services de loisirs, incluant les précautions universelles.
- Référer adéquatement les jeunes en difficulté (violence subie ou agie, risques suicidaires, ...).

RENFORCEMENT SOCIAL

- S'assurer d'un environnement pacifiant et sécuritaire (ex. : sécurité dans les parcs).
- Mettre sur pied des activités de loisirs structurées et semi-structurées pour occuper de façon significative et positive les temps libres des jeunes.
- Assurer une présence près des milieux de vie des jeunes.
- Favoriser l'implication des jeunes à l'intérieur de groupes ou d'organismes visant l'amélioration de leurs conditions de vie.
- Favoriser l'implication des parents dans les activités de leurs enfants.

AMÉNAGEMENT DU MILIEU PHYSIQUE

- Faciliter l'accès à un environnement favorable à la qualité de vie des jeunes et à l'adoption de saines habitudes de vie et de comportements sécuritaires, notamment par :
  - →des mesures de protection des non-fumeurs;
  - →l'accessibilité à des aliments sains;
  - →des installations facilitant la pratique régulière et sécuritaire d'activité physique.
- Faciliter l'accès à du matériel de promotion de saines habitudes de vie et de comportements sécuritaires.

Contribution du secteur de la sécurité municipale

RENFORCEMENT DU POTENTIEL DES PERSONNES	PRATIQUES CLINIQUES PRÉVENTIVES
► Collaborer, particulièrement avec les écoles et les maisons des jeunes, aux activités visant à faire connaître aux jeunes leurs droits et leurs responsabilités envers la société. ► Collaborer aux activités visant à faire connaître aux jeunes le caractère criminel et dommageable de la violence. ► Collaborer aux activités visant à développer chez les jeunes des attitudes d'empathie envers les autres et de respect vis-à-vis de soi, des autres, des différences (race, sexe, orientation sexuelle, ...) et de l'environnement. ► Inclure dans leurs interventions auprès des jeunes et de leurs parents, la préoccupation du développement de l'estime de soi et de la résolution non violente des conflits.	
RENFORCEMENT SOCIAL	**AMÉNAGEMENT DU MILIEU PHYSIQUE**
► Assurer un environnement pacifiant, salubre et sécuritaire notamment en assurant une surveillance dans des endroits problématiques (ex. : parcs, arcades,...). ► Appliquer des mesures de contrôle dans le but de faire respecter les lois et règlements qui ont un impact direct sur la santé et la sécurité des jeunes, tels que les mesures de protection des non fumeurs, l'accessibilité au tabac et à l'alcool pour les mineurs, le respect du code de sécurité routière auprès des cyclistes et des jeunes automobilistes, dont l'alcool au volant. ► Référer adéquatement les jeunes en difficulté (violence subie ou agie, risques suicidaires, utilisation de drogues injectables...) ► Favoriser l'implication des jeunes à l'intérieur d'activités visant l'amélioration de leurs conditions de vie. ► S'impliquer au sein de la communauté dans des activités visant la protection des enfants et des jeunes. ► Soutenir l'adoption d'une loi provinciale obligeant le port du casque de vélo.	► Contribuer à la vérification de la sécurité des aménagements disponibles pour la pratique régulière d'activité physique. ► Faciliter la diffusion de matériel promotionnel pertinent.

De plus, la municipalité à travers d'autres services, doit aussi contribuer à la santé et au bien-être des jeunes en:

- adoptant des règlements visant à favoriser la santé et la sécurité des jeunes (salubrité des logements, contrôle de l'herbe à poux, contrôle de la présence de boissons alcoolisées dans les parcs,...);
- favorisant la fluoruration de l'eau potable dans les municipalités de 5 000 habitants et plus possédant une usine de filtration ou de traitement des eaux;
- adoptant des mesures pour améliorer la sécurité des installations récréatives, des voies cyclables, ...;
- s'impliquant dans les comités locaux visant le développement économique et social optimal de la communauté;
- soutenant la mise en place de groupes ou d'organismes qui visent l'amélioration de la qualité de vie des jeunes, tant à l'école que dans la communauté, et qui sont près des milieux de vie des jeunes;
- favorisant la vie communautaire et la solidarité.

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

L'atteinte des résultats souhaités en santé publique est largement conditionnée par une articulation étroite entre les intervenants de santé publique et les acteurs de la communauté[8]. Dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux, on définit les organismes communautaires comme étant : «une personne morale constituée en vertu d'une loi du Québec à des fins non lucratives dont les affaires sont administrées par un conseil d'administration composé majoritairement d'utilisateurs des services de l'organisme ou de membres de la communauté qu'il dessert et dont les activités sont reliées au domaine de la santé et des services sociaux.» (art. 334)[32]

Certains organismes offrent des services directs à la population alors que d'autres répondent davantage à des objectifs d'information, de formation, d'entraide, ou encore à des objectifs de défense des droits. La plupart des organismes sont polyvalents et tentent de répondre globalement aux besoins des personnes.

Plusieurs objectifs du présent programme nécessitent la collaboration des organismes communautaires pour être atteints. En ce sens, la collaboration suivante est proposée.

Contribution des organismes communautaires

RENFORCEMENT DU POTENTIEL DES PERSONNES

- En milieu scolaire, collaborer au besoin avec les professeurs à des activités visant le développement des différentes habiletés, connaissances et attitudes liées aux capacités personnelles et sociales des jeunes ou à l'adoption de saines habitudes de vie et de comportements sécuritaires.
- Dans leur milieu, réaliser des activités visant le développement des capacités personnelles et sociales des jeunes ainsi que l'adoption de saines habitudes de vie et de comportements sécuritaires.
- Réaliser des activités spécifiques adaptées aux jeunes en difficulté (ex. : jeunes victimes ou témoins de violence, toxicomanes, décrocheurs).
- Utiliser des stratégies promotionnelles et éducatives propres à leur cadre d'intervention et qui tiennent compte du contexte de vie des jeunes, ainsi que des particularités des jeunes en difficulté.
- Collaborer ou réaliser des activités visant le développement des compétences parentales en général ainsi qu'au regard des différentes problématiques concernées par le programme, particulièrement pour les parents de milieux vulnérables.

PRATIQUES CLINIQUES PRÉVENTIVES

- Offrir des services de soutien aux jeunes en respectant leur cadre d'intervention (médiation, résolution de conflits, accompagnement, ...).

RENFORCEMENT SOCIAL

- Contribuer à faciliter la mise en place d'un environnement pacifiant, sécuritaire et exempt de discrimination et de sexisme.
- Assurer la référence des jeunes en difficulté (violence subie ou agie, risques suicidaires, utilisation de drogues injectables, ...).
- Soutenir et s'impliquer dans le développement d'un réseau d'entraide pour les jeunes et de soutien familial pour les familles présentant une vulnérabilité.
- Favoriser l'implication des jeunes à l'intérieur de groupes ou d'organismes visant l'amélioration de leurs conditions de vie et où ils pourront vivre des expériences de succès autres qu'académiques.
- Assurer une présence près des milieux de vie des jeunes.
- Offrir des lieux d'accueil, d'appartenance et de soutien aux jeunes, ainsi que des activités structurées ou semi-structurées pour occuper de façon significative et positive le temps libre des jeunes.

AMÉNAGEMENT DU MILIEU PHYSIQUE

- Faciliter l'accès à un environnement favorable à la qualité de vie des jeunes et à l'adoption de saines habitudes de vie et de comportements sécuritaires, notamment par :
  - → des mesures de protection des non-fumeurs;
  - → l'accessibilité à des aliments sains et en quantité suffisante;
  - → des installations facilitant la pratique régulière et sécuritaire d'activité physique;
  - → l'accessibilité aux condoms.
- Faciliter l'accès à de la documentation et à du matériel de promotion de saines habitudes de vie et de comportements sécuritaires.
- Participer au programme d'échange de matériel stérile d'injection s'ils sont en contact avec les jeunes en difficulté ou les référer aux ressources existantes.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE

Selon l'article 371.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux «La Régie régionale doit gérer le *Programme régional de santé publique* à l'instar des autres programmes déterminés par le ministre et, à cette fin, établir les priorités, organiser les services et allouer les ressources[32].»

Quant au directeur de la santé publique, son mandat est aussi précisé dans cette loi, à l'article 373.

> *«informer la population de l'état de santé général des individus qui la composent, des problèmes de santé prioritaires, des groupes les plus vulnérables, des principaux facteurs de risque et des interventions qu'il juge les plus efficaces, d'en suivre l'évolution et, le cas échéant, de conduire les études ou recherches nécessaires à cette fin;*
>
> *identifier les situations susceptibles de mettre en danger la santé de la population et de voir à la mise en place des mesures nécessaires à sa protection;*
>
> *Assurer le développement d'une expertise en prévention et en promotion de la santé au bénéfice de l'ensemble des programmes confiés à la RRSSSM[32].»*

À partir des rôles qui lui sont définis et dans le but de favoriser l'atteinte des objectifs du programme, la contribution suivante est proposée.

CONTRIBUTION DE LA RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE

RENFORCEMENT DU POTENTIEL DES PERSONNES

- Développer et mettre à jour, avec l'ensemble de ses collaborateurs le programme régional de prévention/promotion pour la santé et le bien-être des jeunes de la Montérégie, en s'assurant que ce programme tient compte des résultats attendus des *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*.
- Agir comme ressources conseils pour la formation, l'information et le support aux intervenants en matière de prévention, de promotion et de protection de la santé et du bien-être.
- Contribuer à identifier les stratégies à privilégier pour soutenir le développement des capacités personnelles et sociales des jeunes ainsi que l'acquisition de saines habitudes de vie et de comportements sécuritaires.
- Mettre à jour les informations sur les programmes de prévention efficaces ou prometteurs, sur l'état de santé et de bien-être de la population et diffuser ces informations.
- Faire la promotion et collaborer à la mise en oeuvre, au suivi et à l'évaluation de programmes visant le développement des différentes habiletés, connaissances et attitudes liées aux capacités personnelles et sociales des jeunes ainsi qu'à l'acquisition de saines habitudes de vie et l'adoption de comportements sécuritaires.

PRATIQUES CLINIQUES PRÉVENTIVES

- Assurer le soutien au programme public de services dentaires préventifs.
- Assurer l'accès aux produits immunisants et soutenir l'application du programme provincial d'immunisation.
- Favoriser l'accès aux pratiques cliniques préventives reconnues efficaces et adaptées aux réalités des jeunes.
- Rendre accessible un protocole-type de prévention des maladies infectieuses.
- Assurer l'arrimage d'un continuum de services pour tous les jeunes allant de la promotion de la santé et du bien-être aux services ultra spécialisés.
- S'assurer de la présence d'une équipe capable d'intervenir en milieu scolaire en collaboration avec ce milieu lorsque se produit un suicide ou une tentative de suicide.

RENFORCEMENT SOCIAL

- Supporter les efforts de mobilisation des partenaires impliqués auprès des jeunes afin de favoriser leur contribution au regard de la prévention et de la promotion de la santé et du bien-être.
- Initier ou participer à des campagnes de sensibilisation et d'information.
- Faciliter l'accès à des ressources.
- Collaborer ou susciter l'établissement de politiques visant à promouvoir un environnement pacifiant, sécuritaire et exempt de discrimination.
- Contribuer à influencer les décideurs sur les politiques ou les orientations à prendre, en vue de fournir aux jeunes des milieux de vie offrant une bonne qualité de vie.

AMÉNAGEMENT DU MILIEU PHYSIQUE

- Faire la promotion de l'importance d'un environnement favorable à la qualité de vie des jeunes et à l'adoption de saines habitudes de vie et comportements sécuritaires (politique alimentaire, politique sans fumée, accessibilité aux condoms, aménagements facilitant la pratique régulière d'activité physique...).
- Utiliser des stratégies de lobbying et mobiliser les partenaires pour obtenir leur appui ainsi que leur engagement face à l'adoption de lois ou règlements ayant un impact direct sur la santé et le bien-être des jeunes (ex. : loi antitabac, port obligatoire du casque de vélo,...).
- Faciliter l'accès à de la documentation et à du matériel.
- Faire la promotion et voir à l'implantation d'actions visant à réduire l'accès à certains moyens facilitant le suicide ou à minimiser les risques qui y sont associés.

La Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation de la Montérégie assurera l'évaluation de l'implantation du programme ainsi que de son impact.

LA PRIORISATION

Pour s'assurer de la santé et du bien-être des jeunes, l'idéal serait évidemment de ne pas prioriser et de réaliser toutes les activités jugées efficaces en lien avec tous les déterminants de la santé et du bien-être. Malheureusement, dans le contexte actuel, nous devons faire des choix et circonscrire un plan d'action par étapes, réaliste et faisable. Voici donc les priorités à considérer lors de la planification des plans d'action locaux ainsi que certains éléments du contexte dont on doit tenir compte.

Les priorités retenues sont en lien d'une part avec les résultats attendus des *Priorités nationales de santé publique* (voir annexe 4) et d'autre part avec les connaissances théoriques que nous possédons. Elles se veulent assez précises pour orienter l'action et assez larges pour laisser au niveau local, une marge de manoeuvre pour l'implantation.

Par ailleurs, il demeurera toujours que des orientations ou des allocations «protégées» pourront surgir suite à des décisions provinciales ou régionales (par le Conseil d'administration par exemple). La planification doit donc permettre l'arrivée et la prise en charge de telles «priorités».

Le présent chapitre présente d'abord les principaux éléments du contexte qui dictent des actions à réaliser en matière de santé publique auprès des jeunes et qui doivent nécessairement s'insérer dans les plans d'action locaux. La deuxième partie propose une série de priorités qui permettront aux intervenants locaux de planifier par étape l'implantation du programme.

A) Éléments du contexte et ses incontournables

Certaines activités font l'objet de programmes publics provinciaux ou sont prescrites par la Loi sur la protection de la santé publique. Elles ne peuvent donc être remises en question localement et doivent être réalisées. Ces activités sont principalement l'application du programme provincial d'immunisation, l'application du programme public de services dentaires préventifs, la prévention des épidémies et la présence de plans régionaux d'organisation des services (PROS).

1. Appliquer le programme provincial d'immunisation

1.1 Vacciner contre l'hépatite B les enfants de 4è année du primaire;

1.2 Administrer la dose de rappel du vaccin d2T5 chez les jeunes entre 14 et 16 ans (secondaire 3);

1.3 Vérifier la vaccination contre l'hépatite B lors de l'administration de la dose de rappel du vaccin d2T5 en secondaire 3 à partir de l'année scolaire 2000-2001;

1.4 Vacciner contre l'hépatite B les jeunes qui fréquentent une clinique jeunesse;

1.5 Vérifier la couverture vaccinale contre la rougeole lors de l'inscription à la maternelle et ce, minimalement pour les années scolaires 1998-1999 et 1999-2000.

La vaccination est une mesure de prévention hautement efficace. Bien que l'on ait enregistré une chute des maladies infectieuses au cours des cinquante dernières années, ces maladies sont toujours présentes au sein de la population[6]. Par ailleurs, la disponibilité et l'accessibilité des services d'immunisation ne sont pas toujours adéquates, entre autres pour les adolescents. De plus, la couverture vaccinale des enfants contre la rougeole (deuxième dose du vaccin contre la rougeole) n'a pas atteint le taux recherché de 95 % durant les dernières années et la couverture vaccinale contre l'hépatite B chez les enfants de 4è année du primaire n'a pas non plus atteint le taux de 95 % lors des premières années d'implantation. Afin de répondre aux résultats attendus inscrits dans *Les priorités nationales de santé publique 1997-2002*, des activités plus intensives devront être réalisées de façon à pallier à cette situation.

2. Appliquer le programme public de services dentaires préventifs

2.1 Chez tous les enfants de la maternelle et de la troisième année : assurer le dépistage systématique et la diffusion d'informations aux enfants et à leurs parents;

2.2 Chez les enfants à risque élevé d'expérimenter la carie dentaire : assurer le dépistage et le suivi individualisé deux fois l'an, de la maternelle à la troisième année inclusivement. Le suivi individualisé consiste notamment à référer l'enfant au dentiste, à appliquer topiquement des fluorures et à mener des activités d'éducation à la santé (connaissances, habiletés d'hygiène bucco-dentaire) avec la participation souhaitée des parents;

2.3 Chez les enfants de la quatrième à la sixième année, réaliser des activités de groupe visant la promotion de la santé dentaire.

Le programme public de services dentaires préventifs est un programme provincial implanté uniformément à la grandeur du Québec, depuis 1994. Ce programme vise la concentration des activités préventives vers les enfants dits à risque de développer des problèmes de santé bucco-dentaires. Le MSSS octroie aux CLSC un budget spécial pour financer ce programme. En janvier 1997, la sous-ministre adjointe, madame Christine Collin, a réitéré l'importance que soient maintenus les postes d'hygiénistes dentaires nécessaires à l'application du programme.

3. Prévenir les épidémies

Organiser les activités visant la prévention des épidémies (transmission de la fiche de signalement de cas, distribution de lettres d'information aux parents, ...) de façon à partager les responsabilités entre le personnel scolaire et le personnel du CLSC selon les recommandations indiquées au protocole de prévention des maladies infectieuses.

La prévention des épidémies (ex. : pédiculose, gale, rougeole, maladies entériques) est essentielle surtout en milieu scolaire et dans les milieux de vie substituts, pour l'application du mandat légal dévolu par la Loi sur la protection de la santé publique au directeur de la santé publique, soit :

> *«prendre les mesures nécessaires pour prévenir et enrayer la contagion ou l'épidémie et protéger la santé de la population lorsqu'une maladie à déclaration obligatoire ou un problème de nature infectieuse ou toxique lui a été signalé».*

Un protocole contenant les recommandations quant aux mesures de protection à prendre dans les milieux scolaires pour chacune des maladies infectieuses ainsi que le partage des responsabilités entre les intervenants est disponible depuis l'été 1998. La formation du personnel scolaire et la mise en place d'un mécanisme de communication et de consultation devront être assurées.

4. Voir à l'arrimage des activités «jeunesse» des différents PROS

S'assurer de l'arrimage des différentes actions et activités déjà planifiées dans le cadre de l'implantation des différents PROS et qui concernent les jeunes.

D'autres activités sont financées par des allocations en lien avec les plans régionaux d'organisation de services en toxicomanie ou en santé mentale par exemple. Ces activités continueront à être assurées dans le cadre de ces plans et financements et ne sont pas remises en question par la présente planification, mais devront faire l'objet d'un arrimage tant au niveau régional qu'au niveau local.

PAR CONSÉQUENT,

AVANT DE PROCÉDER À LA PRIORISATION QUI SUIT, IL FAUDRA S'ASSURER DE LA PRÉSENCE DES DIFFÉRENTES ACTIONS OU ACTIVITÉS RECOMMANDÉES COMME ÉLÉMENTS INCONTOURNABLES.

B) SÉQUENCE DE PRIORITÉS D'ACTIONS

Le présent exercice de priorisation reprend les principaux déterminants qui ont un impact sur la santé et le bien-être des jeunes et de leur famille (voir chapitre 3). Il précise aussi l'importance d'intervenir dans les milieux défavorisés dans certains cas et dans tous les milieux dans d'autres cas. Également, chacune des priorités précise le type de stratégies à privilégier telles que le renforcement du potentiel des personnes, le renforcement social, l'aménagement du milieu physique et les pratiques cliniques préventives. Chacune des stratégies sont présentées au chapitre 5.

Prioriser l'action signifie «faire passer en premier». En ce sens, nous proposons une séquence de sept priorités. Notre intention, dans la démarche proposée, est de favoriser la mise en œuvre d'interventions suffisamment intenses et continues pour assurer leur efficacité. Conséquemment, des choix ont été faits quant à l'ordre des déterminants de la santé et du bien-être ciblés, quant aux milieux d'intervention à privilégier et quant aux types de stratégies à déployer.

Idéalement, d'ici 2003, l'ensemble des priorités devraient avoir été retenues dans les plans locaux d'implantation.

Priorité 1 Développement des capacités personnelles et sociales et le soutien social

1.1 S'assurer que les activités prévues au curriculum scolaire visant le développement des capacités personnelles et sociales des jeunes soient accessibles à tous les jeunes de la Montérégie.

1.2 Mettre en œuvre, à l'intérieur ou non du milieu scolaire, auprès des jeunes de milieu défavorisé ou d'autres jeunes faisant partie des clientèles à haut risque*, des activités plus intensives et complémentaires au curriculum d'études visant le développement des capacités personnelles et sociales.

1.3 Mettre en œuvre des programmes visant l'amélioration des compétences parentales auprès des parents de milieu défavorisé.

1.4 Mettre en place, dans les milieux défavorisés, des mesures favorisant le soutien social des jeunes et l'action sur leurs conditions de vie.

*Les clientèles à haut risque peuvent comprendre les jeunes du secteur adaptation scolaire, les jeunes des Centres jeunesse, les jeunes victimes ou témoins de violence, les jeunes dont les parents ont un conflit conjugal persistant, les jeunes dont les parents ont un problème sévère de santé physique ou mentale (ex.: toxicomanies, dépression sévère, alcoolisme, ...), etc.

D'abord, concernant le développement des capacités personnelles et sociales il est reconnu que deux éléments ont un impact plus particulier : l'estime de soi et la résolution de problèmes (habiletés sociales)[36]. Ces deux composantes devraient être considérées comme un préalable à l'action sur d'autres déterminants tels que le tabagisme, les toxicomanies, la sexualité, etc.

De nombreuses recherches démontrent que l'estime de soi est au cœur de toute stratégie visant à prévenir de nombreux problèmes chez les jeunes : décrochage,

difficulté d'apprentissage, délinquance, suicide, etc. Une bonne estime de soi signifie qu'on a conscience de ses forces et de ses vulnérabilités.

L'habileté à résoudre des problèmes, quant à elle, agira sur la capacité du jeune d'entretenir de bons rapports sociaux. Plusieurs études ont rapporté que des déficits précoces au plan des comportements permettant d'établir et de maintenir des relations sociales, découlent en partie de facteurs cognitifs reliés à l'habilité à résoudre des problèmes. Ces déficits se traduisent par un niveau d'agressivité au-dessus de la moyenne, par une inhibition sociale ou par un degré élevé d'anxiété[36].

Par conséquent, les activités visant l'amélioration des capacités personnelles et sociales sont des mesures dont tous les enfants doivent bénéficier. De plus, elles doivent débuter le plus tôt possible et respecter les périodes de développement de l'enfant. Les enfants du milieu scolaire primaire sont donc à privilégier. En ce moment, tous les enfants des niveaux primaire et secondaire devraient avoir accès, particulièrement à l'intérieur de leurs cours de Formation personnelle et sociale, à des activités qui visent le développement de leurs capacités personnelles et sociales. Bien qu'il soit prévu que ce cours sera aboli dans les prochaines années, les orientations du ministère de l'Éducation connues à ce jour indiquent que cette préoccupation sera maintenue et incluse dans un de ses principaux objectifs soit le développement des compétences transversales[33]. Il est par contre important de s'assurer de l'accessibilité de tous les jeunes de la Montérégie à ces activités misant sur le renforcement du potentiel des personnes et d'accorder un soutien au personnel enseignant en cas de besoin *(priorité 1.1)*.

Par ailleurs, auprès de certains enfants ou jeunes qui présentent des facteurs de vulnérabilité ou qui vivent des situations de vie critiques, il est nécessaire que les activités prévues à l'intérieur du curriculum d'études soient intensifiées et complétées par d'autres mesures intégrant tant la stratégie du renforcement du potentiel des personnes que celle du renforcement social *(priorité 1.2)*. Par exemple, ces programmes viseraient surtout le renforcement du potentiel des personnes tels que le programme Fluppy chez les enfants de maternelle et première année des écoles situées dans les milieux défavorisés. D'autres programmes cibleraient le renforcement social par exemple en favorisant les liens entre l'école et les parents ou la mise en place d'activités favorisant l'implication des jeunes à l'intérieur de groupes ou d'organismes où ils pourront vivre des expériences de succès autres qu'académiques.

De plus, à cause du lien étroit qui existe entre l'apparition des problèmes de comportements chez les jeunes et un manque de supervision de la part de ses parents ainsi qu'une discipline inadéquate (coercitive et inconsistante)[37], l'action sur les compétences parentales est incluses dans ce volet *(priorité 1.3)*. Les programmes éducatifs qui visent à la fois l'amélioration des compétences des jeunes et des adultes significatifs sont ceux qui ont les meilleures chances de succès. Plusieurs programmes de prévention sont centrés sur la formation des parents à gérer les problèmes de comportement de leur enfant, à modifier leurs schèmes d'interactions coercitives et à appliquer un système de renforcement de façon systématique. Il semble que ce type

de programme aide les parents à adopter un style éducatif plus «démocratique», c'est-à-dire basé sur la communication, la négociation, la souplesse, la fermeté et l'affection[38]. Il est important que les programmes qui visent l'amélioration des compétences parentales tiennent compte tant du renforcement du potentiel des personnes que du renforcement social.

Enfin, l'absence de soutien social ainsi que la pauvreté constituent aussi des facteurs de risque majeurs pour la santé et le bien-être. L'isolement peut être présent dans des milieux plus pauvres ou chez des jeunes qui vivent des situations particulières telles que l'immigration récente, un problème de santé mentale sévère chez un de leurs parents, etc. La pauvreté, quant à elle, augmente le risque pour tous les individus de présenter des problèmes sociaux et elle présente, avec l'isolement social, le facteur le plus souvent associé aux problématiques suivantes: l'abus et la négligence, l'échec scolaire, le suicide et la rupture familiale. Agir sur ces déterminants est donc une priorité, surtout auprès des milieux qui regroupent des personnes présentant de tels facteurs de risque *(priorité 1.4)*. Ces actions pourraient notamment se concrétiser par des actions visant le renforcement social, par exemple la consolidation du travail de rue ou de milieu, la présence d'une maison de jeunes ou d'une maison de la famille ainsi que le développement d'un réseau d'entraide par les pairs.

Priorité 2 Organisation des services préventifs

Rendre accessible une clinique jeunesse au moins deux demi-journées par semaine, dans toutes les écoles secondaires situées dans les secteurs les plus à risque ou dans lesquelles sont présents plusieurs jeunes en adaptation scolaire, ainsi que près des milieux de vie des jeunes en difficulté (ex. : centres de réadaptation des Centres jeunesse).

La présence physique d'une clinique «Jeunesse» près des milieux de vie des jeunes (à l'école secondaire par exemple) démontre et renforce l'importance accordée aux comportements «santé» souhaités, surtout en matière de contraception et de prévention MTS-sida. Plusieurs études ont démontré un impact sur le taux de grossesse à l'adolescence, d'interventions scolaires globales, incluant l'accessibilité aux services cliniques[39]. Dans les orientations ministérielles en matière de planification des naissances[39], il est mentionné que les CLSC doivent offrir des services adaptés en matière de contraception, d'interruption volontaire de grossesse, de sexualité (et de MTS), allant de l'information, à la consultation et au suivi. De telles cliniques visent à assurer aux jeunes des services préventifs accessibles notamment :

- en santé sexuelle, dans le but de les responsabiliser face à leur sexualité et de prévenir les grossesses non désirées et les MTS;
- au niveau des différentes habitudes de vie (abus d'alcool ou de drogues, tabagisme, traumatismes, problèmes liés au poids, ...);
- au niveau des compétences personnelles et sociales (par exemple, au niveau des relations égalitaires, des habiletés de communication, ...).

Elles sont assurées par une équipe multidisciplinaire composée principalement d'une infirmière, d'un médecin et d'un intervenant social. Elles peuvent aussi s'associer un intervenant communautaire et une nutritionniste par exemple.

Priorité 3 Saines habitudes de vie et la sécurité

3.1 S'assurer que les mesures d'aménagement du milieu sont mises en place dans tous les milieux que fréquentent les jeunes afin de créer un environnement favorable à l'adoption de saines habitudes de vie et de comportements sécuritaires.

3.2 S'assurer que les activités prévues au curriculum d'études visant l'acquisition de saines habitudes de vie et de comportements sécuritaires soient accessibles à tous les jeunes de la Montérégie.

3.3 Mettre en œuvre, à l'intérieur ou non du milieu scolaire, auprès des jeunes de milieu défavorisé ou d'autres jeunes faisant partie des clientèles à haut risque*, des activités plus intensives et complémentaires au curriculum d'études visant l'acquisition de saines habitudes de vie et de comportements sécuritaires.

*Les clientèles à haut risque peuvent comprendre les jeunes du secteur adaptation scolaire, les jeunes des Centres jeunesse, les jeunes victimes ou témoins de violence, les jeunes dont les parents ont un conflit conjugal persistant, les jeunes dont les parents ont un problème sévère de santé physique ou mentale (ex.: toxicomanies, dépression sévère, alcoolisme, ...), etc.

Les habitudes de vie malsaines et la sécurité des populations ont de tout temps été ciblées par des programmes de prévention. Ces dernières années, de nouvelles tendances se sont dégagées dans la mesure où, même si l'on parle encore de comportements individuels, ce sont moins les individus et leurs connaissances que l'on cible directement par nos actions, mais plutôt différentes facettes de leur environnement. Par exemple, en agissant sur certaines législations et en transformant les milieux, on facilite ou en renforce l'adoption de comportements souhaités. Ce type d'approche est beaucoup moins culpabilisante et plus efficace. Entre autres, elle permet qu'entre le discours et la réalité, il y ait la meilleure cohérence possible. Par exemple, cette recommandation pourrait se concrétiser par la mise en place de mesures visant l'accessibilité à des aliments sains, à des installations favorisant la pratique régulière et sécuritaire d'activité physique, à un environnement exempt de fumée de tabac *(priorité 3.1)*.

En plus de l'aménagement du milieu physique, l'utilisation des autres stratégies est recommandée afin de favoriser l'adoption de saines habitudes de vie et de comportements sécuritaires soit le renforcement du potentiel des personnes, le renforcement social et les pratiques cliniques préventives. Les activités misant sur le renforcement du potentiel des personnes dans le but qu'elles adoptent de saines habitudes de vie et des comportements sécuritaires sont des mesures dont tous les enfants doivent bénéficier. Elles doivent avoir lieu avant l'âge probable d'adoption de certaines habitudes de vie (ex. : le tabagisme).

En ce moment, tous les jeunes des niveaux primaire et secondaire devraient avoir accès, particulièrement à l'intérieur de leurs cours de Formation personnelle et sociale, à des activités qui visent l'adoption de saines habitudes de vie et de comportements

sécuritaires. Le contenu de ce cours relatif à ce volet devrait être intégré en partie à l'intérieur des cours d'éducation physique, de sciences, d'éducation à la citoyenneté et de morale après la réforme du curriculum d'études[33]. Il est par contre important de s'assurer de l'accessibilité de tous les jeunes de la Montérégie à ces activités misant sur le renforcement du potentiel des personnes et d'accorder un soutien au personnel enseignant en cas de besoin *(priorité 3.2)*.

Par ailleurs, auprès de certains enfants ou jeunes qui présentent des facteurs de vulnérabilité ou qui vivent des situations de vie critiques, il est nécessaire que les activités prévues à l'intérieur du curriculum d'études soient intensifiées et complétées par d'autres mesures intégrant tant la stratégie du renforcement du potentiel des personnes que celle du renforcement social *(priorité 3.3)*. Ces actions pourraient entre autres se concrétiser par la mise en œuvre de programmes visant le développement des compétences parentales en lien avec une habitude de vie ou un comportement sécuritaire particulier, ou par des programmes visant l'utilisation de stratégies éducatives telles que la formation par les pairs.

Priorité 4 Soutien social

Mettre en place, dans tous les milieux, des mesures favorisant le soutien social des jeunes et l'action sur leurs conditions de vie.

Le soutien social n'ayant été priorisé dans un premier temps que dans les milieux défavorisés, il convient de l'élargir pour qu'il soit accessible à tous les jeunes de la Montérégie et à leur famille.

Priorité 5 Organisation des services préventifs

5.1 Rendre accessible une clinique jeunesse au moins deux demi-journées par semaine, près des milieux de vie des jeunes et idéalement dans chaque école secondaire.

5.2 Intégrer le volet «application d'agents de scellement» pour les enfants à risque de carie dentaire.

Comme il a été décrit précédemment, la présence d'une clinique jeunesse près des milieux de vie des jeunes démontre et renforce l'importance accordée aux comportements «santé» souhaités, surtout en matière de contraception et de prévention des MTS et du sida. Dans un premier temps, leur présence a été priorisée dans les milieux les plus à risque. Il convient maintenant de les rendre accessibles à l'ensemble des jeunes de la Montérégie *(priorité 5.1)*.

En plus du programme public de services dentaires préventifs déjà inclus dans les éléments incontournables de ce chapitre, le *Programme régional de santé publique* prévoit intégrer l'application d'agents de scellement chez les enfants à risque. Un programme à cet effet est en voie de réalisation *(priorité 5.2)*.

Priorité 6 Développement des capacités personnelles et sociales et le soutien social

6.1 Mettre en œuvre des actions complémentaires au curriculum d'études visant le développement des capacités personnelles et sociales auprès de tous les jeunes de la Montérégie, à l'intérieur ou non du milieu scolaire.

6.2 Mettre en œuvre des programmes visant l'amélioration des compétences parentales accessibles à tous les parents de la Montérégie.

Il a été indiqué, à la priorité 1, que l'ensemble des jeunes de la Montérégie devraient avoir accès, à l'intérieur du curriculum d'études, à des activités visant le développement des capacités personnelles et sociales. Il pourrait être utile, à cette étape d'intensifier ces activités par d'autres actions en lien avec les différentes stratégies recommandées dans le programme *(priorité 6.1)*.

De la même façon, les programmes de développement des compétences parentales pourraient être accessibles à l'ensemble des parents de la Montérégie *(priorité 6.2)*.

Priorité 7 Saines habitudes de vie et la sécurité

Mettre en œuvre des activités complémentaires au curriculum d'études visant l'adoption de saines habitudes de vie et de comportements sécuritaires auprès de tous les jeunes de la Montérégie, à l'intérieur ou non du milieu scolaire.

Des activités sont aussi prévues à l'intérieur du curriculum d'études en lien avec les différentes habitudes de vie et comportements sécuritaires. Il serait aussi utile, à cette étape, de mettre en œuvre des activités plus intensives auprès de l'ensemble des jeunes de la Montérégie.

TABLEAU 1 - SYNTHÈSE

DÉTERMINANTS	ACTIONS	STRATÉGIES	CLIENTÈLE
A) ÉLÉMENTS INCONTOURNABLES			
RISQUES BIOLOGIQUES, CHIMIQUES OU PHYSIQUES	1. Appliquer le programme provincial d'immunisation	PRATIQUES CLINIQUES PRÉVENTIVES	TOUS LES JEUNES
	2. Appliquer le programme public de services dentaires préventifs	PRATIQUES CLINIQUES PRÉVENTIVES	TOUS LES JEUNES
	3. Prévenir les épidémies	PRATIQUES CLINIQUES PRÉVENTIVES	TOUS LES JEUNES
N/A	4. Voir à l'arrimage des activités «jeunesse» des différents PROS	N/A	N/A
B) SÉQUENCE DE PRIORITÉS D'ACTIONS			
1. DÉVELOPPEMENT DES CAPACITÉS PERSONNELLES ET SOCIALES ET LE SOUTIEN SOCIAL	1.1 S'assurer que les activités prévues au curriculum d'études soient accessibles	RENFORCEMENT DU POTENTIEL DES PERSONNES	TOUS LES JEUNES
	1.2 Mettre en œuvre des activités plus intensives et complémentaires au curriculum d'études, à l'intérieur ou non du milieu scolaire	RENFORCEMENT DU POTENTIEL DES PERSONNES ET RENFORCEMENT SOCIAL	CLIENTÈLE À HAUT RISQUE[1]
	1.3 Mettre en œuvre des programmes visant l'amélioration des compétences parentales	RENFORCEMENT DU POTENTIEL DES PERSONNES ET RENFORCEMENT SOCIAL	CLIENTÈLE À HAUT RISQUE[1]
	1.4 Mettre en œuvre des mesures favorisant le soutien social des jeunes et de leur famille et l'action sur leurs conditions de vie	RENFORCEMENT SOCIAL	CLIENTÈLE À HAUT RISQUE[1]
2. ORGANISATION DES SERVICES PRÉVENTIFS	Rendre accessible une clinique jeunesse au moins deux demi-journées en milieu scolaire ou près des milieux de vie des jeunes	PRATIQUES CLINIQUES PRÉVENTIVES ET RENFORCEMENT DU POTENTIEL DES PERSONNES	CLIENTÈLE À HAUT RISQUE[1]
3. SAINES HABITUDES DE VIE ET LA SÉCURITÉ	3.1 S'assurer que les mesures d'aménagement du milieu soient mises en place afin de créer un environnement favorable	AMÉNAGEMENT DU MILIEU PHYSIQUE	TOUS LES MILIEUX FRÉQUENTÉS PAR LES JEUNES
	3.2 S'assurer que les activités prévues au curriculum d'études soient accessibles	RENFORCEMENT DU POTENTIEL DES PERSONNES	TOUS LES JEUNES
	3.3 Mettre en œuvre des activités plus intensives et complémentaires au curriculum d'études, à l'intérieur ou non du milieu scolaire	RENFORCEMENT DU POTENTIEL DES PERSONNES ET RENFORCEMENT SOCIAL	CLIENTÈLE À HAUT RISQUE[1]
4. SOUTIEN SOCIAL	Mettre en place des mesures favorisant le soutien social des jeunes et de leur famille et l'action sur leurs conditions de vie	RENFORCEMENT SOCIAL	TOUS
5. ORGANISATION DES SERVICES PRÉVENTIFS	5.1 Rendre accessible une clinique jeunesse au moins deux demi-journées par semaine près des milieux de vie des jeunes et idéalement dans chaque école secondaire	PRATIQUES CLINIQUES PRÉVENTIVES	TOUS LES JEUNES
	5.2 Intégrer le volet «application d'agents de scellement»	PRATIQUES CLINIQUES PRÉVENTIVES	JEUNES À RISQUE
6. DÉVELOPPEMENT DES CAPACITÉS PERSONNELLES ET SOCIALES ET LE SOUTIEN SOCIAL	6.1 Mettre en œuvre des activités complémentaires au curriculum d'études, à l'intérieur ou non du milieu scolaire	RENFORCEMENT DU POTENTIEL DES PERSONNES ET RENFORCEMENT SOCIAL	TOUS LES JEUNES
	6.2 Mettre en œuvre des programmes visant l'amélioration des compétences parentales	RENFORCEMENT DU POTENTIEL DES PERSONNES ET RENFORCEMENT SOCIAL	TOUS LES PARENTS
7. SAINES HABITUDES DE VIE ET LA SÉCURITÉ	Mettre en œuvre des activités complémentaires au curriculum d'études, à l'intérieur ou non du milieu scolaire	RENFORCEMENT DU POTENTIEL DES PERSONNES ET RENFORCEMENT SOCIAL	TOUS LES JEUNES

[1] Les clientèles à haut risque peuvent comprendre les jeunes ou les familles vivant en milieu défavorisé, les jeunes du secteur de l'adaptation scolaire, les jeunes des Centres jeunesse et leur famille, les jeunes victimes ou témoins de violence, les jeunes dont les parents ont un conflit conjugal persistant, les jeunes dont les parents ont un problème sévère de santé physique ou mentale (ex. : toxicomanie, dépression sévère, alcoolisme, ...), etc.

LA PLANIFICATION ET LA MISE EN OEUVRE

Le présent document est en quelque sorte un cadre théorique qui contient une foule d'informations justement «théoriques». Jusqu'à maintenant, nous avons décrit les principes fondamentaux sur lesquels reposent le programme, ses dimensions, les objectifs visés, les contributions souhaitées des différents milieux interpellés ainsi que les éléments à considérer lors de la priorisation.

Le véritable défi réside maintenant dans l'élaboration et l'implantation d'un plan d'action local qui devra contenir plusieurs éléments tels que les projets retenus et les organisations responsables de les réaliser, les milieux et clientèles ciblées, etc. Pour en arriver à mettre sur papier et à implanter ce plan d'action, une démarche de planification doit être suivie. Nous vous présentons les étapes de cette démarche. Afin de soutenir la réalisation de cette tâche, une trousse d'accompagnement contenant plusieurs outils de planification accompagne ce programme.

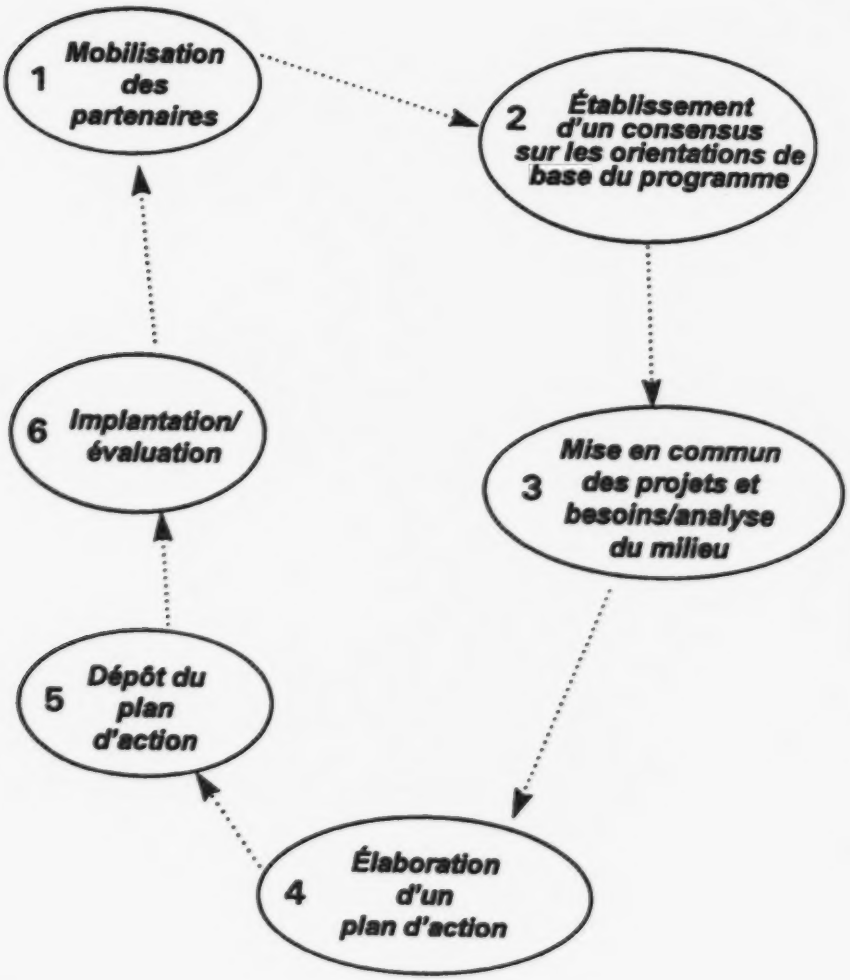
A) DÉMARCHE DE PLANIFICATION

Nous avons mentionné à plusieurs reprises, qu'il est nécessaire d'impliquer étroitement les différents acteurs concernés afin de concrétiser la mise en oeuvre de ce programme. La démarche suggérée est de générer une mobilisation intersectorielle afin que soit élaboré un plan d'action local qui répond aux besoins particuliers des jeunes du territoire. Ce mandat est donné aux intervenants communautaires des CLSC, soutenus par des intervenants de la DSPPÉ.

L'action intersectorielle se réalise à travers un certain nombre d'étapes au cours desquelles les partenaires tentent d'assurer la cohérence entre les divers projets et activités du plan d'action. L'expérience permet de dégager six étapes sous-jacentes à la planification et l'implantation d'un plan d'action intersectoriel. Ces étapes sont présentées dans la figure ci-contre.

Figure 3

Étapes de planification



Adapté de : Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Naître égaux, grandir en santé*, Québec, 1995, p. 109

B) DESCRIPTION SOMMAIRE DES ÉTAPES DE PLANIFICATION

À partir du document «L'action intersectorielle, un jeu d'équipe, guide d'intervention» produit par la Direction de la santé publique de Montréal-Centre (1995), les principales étapes du modèle de planification sont décrites[40].

- **Première étape : mobilisation des partenaires**

  L'étape de la mobilisation des partenaires est capitale. Son bon déroulement sous-tend toutes les étapes subséquentes. Pour en arriver à mobiliser de multiples partenaires autour de la promotion de la santé et du bien-être, et de la prévention chez les jeunes, il faut en premier lieu identifier les intervenants oeuvrant auprès des jeunes sur le territoire visé. On doit par la suite apprendre à se connaître et accepter de troquer le cadre traditionnel d'intervention au profit d'un cadre intersectoriel. Il faut enfin s'attarder à éviter le double emploi, à harmoniser les approches et à se centrer davantage sur les intérêts du milieu. Cette étape constitue une occasion privilégiée d'établir des contacts avec les membres de la communauté (parents et jeunes) intéressés à travailler au projet.

- **Deuxième étape : établissement d'un consensus sur les orientations de base du programme**

  Établir un consensus de base, c'est donner un sens à la démarche (Que voulons-nous?), c'est se donner une image, se définir comme groupe par rapport à la communauté desservie (Qui sommes-nous?). C'est aussi se donner des règles de fonctionnement en tant que partenaires. Il ne s'agit pas d'un exercice purement intellectuel mais bel et bien d'un processus d'engagement et d'appartenance à un groupe. Les partenaires doivent s'entendre sur les orientations et le fonctionnement du regroupement. Surtout dans le cas d'un groupe nouvellement constitué, il faudra convenir des termes d'une entente minimale, tout en ne perdant pas de vue que cette entente pourra être modifiée en cours de route, au fur et à mesure que le projet se précisera.

- **Troisième étape : mise en commun des projets et analyse du milieu**

  En planification, on suggère souvent de commencer par une analyse des besoins. Dans la pratique, on se rend compte qu'il est plus mobilisateur pour les partenaires de commencer par une mise en commun de ce qu'ils savent déjà des besoins du milieu ainsi que d'une analyse de leurs projets en cours et de ceux qu'ils ont l'intention de mettre sur pied.

  Une analyse du milieu élaborée de façon participative permet non seulement de répondre à des objectifs de connaissance, mais également de profiter de l'occasion pour associer les jeunes, les parents et de nouveaux partenaires à l'action du groupe.

- **Quatrième étape : élaboration du plan d'action**

  Considérant la diversité des ressources impliquées et des facteurs influençant la santé et le bien-être des jeunes, il importe d'élaborer un plan d'action qui tienne compte de cette diversité tout en étant cohérent. L'ampleur de la démarche et la nécessité d'en maximiser l'impact font en sorte qu'il est important de prévoir au plan d'action des activités de soutien (formation, recherche, évaluation, communication interne...). Ces activités sont destinées à ressourcer les intervenants, à améliorer le fonctionnement du groupe ou à orienter les projets.

  Le plan d'action au niveau local doit être le plus opérationnel possible.

- **Cinquième étape : dépôt du plan d'action**

  Une fois mis sur papier, il peut être très pertinent de faire valider le plan d'action par un groupe extérieur, un comité d'experts, par exemple. Ceci peut permettre de confirmer la position du groupe ou de réorienter certains éléments du plan. Il arrive qu'en étant trop accolé sur une tâche, certaines parties ou détails peuvent nous échapper.

- **Sixième étape : implantation et évaluation**

  Durant la période d'implantation du plan d'action, on veillera à coordonner les efforts et à soutenir les intervenants.

  L'évaluation permet de prendre du recul par rapport au plan d'action et au travail du groupe. Elle fait partie intégrante du plan d'action et doit être planifiée avant que la mise en oeuvre de celui-ci ne débute. Un processus interactif avec les partenaires leur donne la possibilité de prendre du recul face à leurs interventions et, le cas échéant, d'apporter les réajustements nécessaires.

C) FACTEURS DE RÉUSSITE

Dans le rapport *Un Québec fou de ses enfants*[1], on identifie une liste de caractéristiques essentielles à la réussite de projets préventifs, recensées dans les documents ou études. Celles-ci sont résumées ci-après et enrichies par les caractéristiques des programmes efficaces de Blanchet et al (1993)[41].

Ces différents facteurs sont importants à considérer dans la planification mais surtout dans la mise en oeuvre du plan d'action local. Ces facteurs de réussite doivent être connus et compris par l'ensemble des acteurs impliqués dans la démarche.

- **Établir et maintenir une relation de confiance**

  Le premier facteur de réussite est d'asseoir une relation durable et souhaitée par les parties; cette relation se bâtit à partir de l'observation mutuelle et de la participation à des activités communes. Elle repose sur la continuité des efforts, sur l'intensité de la présence, sur la durée et la flexibilité des activités, sur le respect des valeurs et des compétences des personnes visées. L'intervenant doit se faire connaître avant que ne se produise un problème (ex. : territoires patrouillés par les mêmes policiers, membres de groupes communautaires enracinés dans un quartier ou un village, travailleurs de rue ou de corridor qui offrent une disponibilité, une ouverture et une tolérance propres à gagner la confiance des jeunes,...).

- **Assurer la continuité**

  La continuité d'un programme est fonction de la stabilité du personnel et de la présence continue des activités du programme sur le territoire choisi. Les interruptions de programmes affaiblissent notamment la composition des équipes. Le découpage des projets sans égard à la nature de ce que vivent les personnes empêche que soient mises à contribution des ressources significatives présentes auprès de la personne dès le début de l'événement ou dans ses divers milieux de vie (ex. : famille et école, école et communauté).

- **Opter pour la souplesse**

  Les programmes, sans renoncer aux objectifs fixés, doivent s'adapter aux besoins des personnes visées.

- **Intervenir avec intensité**

  L'intensité de l'intervention transporte un message très clair de l'engagement et de l'intérêt de la part des intervenants aux yeux des familles, du personnel des services et des jeunes eux-mêmes. Elle permet aussi de produire rapidement des changements notables, ce qui a pour effet de renforcer la confiance des participants et de soutenir leur motivation.

- **Utiliser des stratégies et méthodes d'intervention multiples et complémentaires**

  Une articulation bien planifiée de plusieurs stratégies et méthodes d'intervention est ce qui permet le plus souvent d'atteindre les objectifs visés par les programmes de prévention.

- **Respecter les valeurs, miser sur les compétences**

  Les projets qui réussissent à rejoindre les personnes vulnérables et à les intéresser sont ceux qui respectent les valeurs et les attitudes des personnes visées; ceux qui savent profiter de leurs compétences, de leurs ressources et de leurs expériences. On doit viser à partager avec les jeunes ciblés le pouvoir d'influencer l'environnement et de participer à des activités d'échange et de réciprocité (empowerment) (ex. : favoriser l'engagement des parents, associer les jeunes à la planification et à la mise en oeuvre de projets les concernant).

- **Éviter d'étiqueter**

  Une approche qui ne serait bâtie qu'en fonction de ce qu'il est convenu d'appeler les groupes ou personnes à risque nous apparaît périlleuse sur le plan déontologique et sur le plan de l'efficacité. Les personnes se protègent de l'étiquetage et tiennent à présenter une image positive d'elles-mêmes. Se retrouver dans un groupe ou un programme exclusivement réservé à des personnes en situation précaire leur renvoie une image négative qui peut les affliger et qu'elles ont tendance à fuir (exemple de solution : inviter tout le monde à un programme mais ne l'offrir que sur un territoire ou dans une école où les besoins sont les plus grands).

- **Profiter des transitions**

  Les périodes de transitions représentent des points d'entrée ou d'ancrage formidables en matière de prévention. Il s'agit principalement de l'entrée au primaire, de l'entrée au secondaire, de l'entrée au cégep et de l'engagement dans des rôles sexuels et sociaux. Ordinairement, elles favorisent une plus grande ouverture et disponibilité de la part de personnes qui sont à la recherche de solutions pour s'adapter.

- **Adopter une gestion de soutien**

  Le soutien offert par l'administration aux intervenants est de première importance. L'implication directe des cadres dans les projets est souhaitable. L'administration devrait aussi faciliter le regroupement et la mise en commun des expériences et encourager la formation de groupes de soutien afin de briser l'isolement des intervenants. L'administration doit maintenir des budgets de prévention adéquats.

- **Viser la concertation des ressources**

  La coopération entre les divers établissements de services et entre ces établissements et les organismes ou les membres de la communauté est indispensable à la réussite de la plupart des programmes de prévention.

- **Associer du personnel compétent**

  Les projets qui ont marqué le domaine de la prévention ont fait la preuve que la présence de personnes bien formées, bien soutenues, adéquatement rémunérées et supervisées est vitale à l'atteinte des objectifs. Donc, la formation, l'encadrement et la stabilité des personnes engagées sont des composantes majeures d'un projet.

- **Oublier l'instantanéité**

  Ce type de programme s'attaquant à des problèmes complexes demande du temps. On évalue à six ans en moyenne le temps requis pour le développement et la mise en oeuvre complète d'un programme majeur, y compris une première phase d'évaluation.

- **Évaluer pour apprendre**

  Les réalités locales et régionales, les particularités culturelles des groupes et des populations, la qualité des ressources en place et d'autres éléments obligent à repenser les projets, à les modifier selon les contextes. La composante évaluative est essentielle à la réussite d'un programme.

- **Financer adéquatement**

  La stabilité financière des projets est un des critères de réussite parmi les plus importants. Les projets doivent pouvoir s'appuyer sur un financement de longue durée, suffisant pour répondre aux critères relatifs à la compétence du personnel, à la continuité, à l'intensité et à la flexibilité des programmes.

En fait, tous ces facteurs nous amènent à conclure qu'il est beaucoup plus efficace de réaliser moins de projets mais de bien les réaliser. «Faire moins, mais mieux».

B) ÉCHÉANCIER DE RÉALISATION ET FINANCEMENT

La mise en oeuvre de ce programme est prévue dans un échéancier de cinq ans, soit jusqu'à l'automne 2003. Sa réalisation sera assurée d'une part par une révision des actions déjà implantées dans les milieux et d'autre part par un financement disponible dans le cadre des différentes allocations en prévention/promotion auprès des jeunes attribuées dans le réseau de la santé et des services sociaux.

8

LE SUIVI ET L'ÉVALUATION

Plusieurs types d'évaluation seront proposés pour apprécier le «*programme régional et intersectoriel de prévention et de promotion de la santé et du bien-être des jeunes de 5 à 17 ans*» et ses retombées.

D'une part, en raison du contexte particulier du processus de planification et de mise en œuvre du programme, l'évaluation portera sur les pratiques d'intersectorialité développées dans les différents territoires. Les caractéristiques structurelles et organisationnelles permettront de qualifier l'adhésion des différents milieux ciblés à l'égard des contributions attendues et de la complémentarité des actions entreprises.

Un suivi d'implantation des plans locaux servira à recueillir l'information minimale nécessaire afin d'assurer le respect des spécifications du programme. Un processus de rétroaction de l'information recueillie permettra d'ajuster ou de redresser certaines activités en faisant appel au besoin à un soutien ponctuel dans leur développement.

L'évaluation des effets du programme sera alimentée par l'enquête menée par la DSPPÉ auprès des 12-17 ans de la Montérégie et qui débute en 1998. Cette enquête régionale vise à mieux connaître la situation des jeunes à l'égard des différents déterminants de la santé et du bien-être, de leurs comportements et des problèmes de santé qu'ils vivent. Cette enquête pourrait être reprise de façon à suivre l'évolution des données de santé et de bien-être des jeunes et permettrait d'ajuster les priorités d'action en conséquence.

Par ailleurs, la documentation des indicateurs utilisés pour l'évaluation des *Priorités nationales de santé publique* permettra de porter un jugement sur l'atteinte de certaines cibles d'action jugées prioritaires tant au niveau national que régional.

Le suivi d'implantation et l'évaluation seront pris en charge par la DSPPÉ. Celle-ci verra à en préciser les modalités ainsi que le calendrier.

CONCLUSION

Ce programme vise essentiellement la mise en commun des énergies de tous les partenaires concernés par la santé et le bien-être des jeunes de la Montérégie, en proposant un cadre et une démarche auxquels ils sont invités à adhérer. Une démarche intersectorielle doit d'abord reposer sur des buts ou orientations communs ; ce document se veut un outil pour faciliter cette étape.

De plus, il met l'emphase sur la promotion de la santé et du bien-être ainsi que sur la prévention, c'est-à-dire qu'il est orienté vers la mise en place de conditions favorables à l'amélioration de la santé et du bien-être des jeunes, que celles-ci soient physiques, psychologiques, culturelles, sociales, etc. Il tient compte des multiples facteurs ou déterminants de la santé et du bien-être des jeunes (compétences personnelles et sociales, habitudes de vie, environnement physique, ...) et invite plusieurs secteurs d'activités du milieu à rechercher et à implanter des solutions.

> *L'implication de chacun dans la promotion de la santé et du bien-être et dans la prévention des problèmes doit être particulièrement soutenue étant donné l'importance de maintenir, dans le contexte du virage ambulatoire, les services préventifs s'adressant à l'ensemble de la population et tout particulièrement à l'enfance, à la jeunesse et à la famille*[4].

L'intention de la Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation est d'assumer un leadership en ce sens.

BIBLIOGRAPHIE

1. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Un Québec fou de ses enfants, Rapport du groupe de travail pour les jeunes*. Gouvernement du Québec, 1991, 179 pages.

2. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Politique de la santé et du bien-être*. Gouvernement du Québec, 1992, 192 pages.

3. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Maintenant et pour l'avenir... La jeunesse*. Québec, 1995, 114 pages.

4. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Les priorités nationales de santé publique 1997-2002*. Gouvernement du Québec, 103 pages.

5. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Journée de réflexion sur les services aux jeunes et à leur famille*. Compte rendu des échanges, 1997, 15 pages.

6. Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de la Montérégie. *Programme régional de santé publique*. Saint-Hubert, 1996, 100 pages.

7. Équipe connaissance/surveillance. *1991-1996. Données populationnelles. Le Québec et la Montérégie*. Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation de la RRSSS Montérégie, 1998, non paginé.

8. Leduc F. et Payette J. *Recensement canadien, population totale 1991-et 1996. Municipalités, CLSC, Montérégie, Québec*. Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation de la RRSSS Montérégie, 1997, non paginé.

9. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Indicateurs sociosanitaires. Le Québec et ses régions*. Québec, 1997, 218 pages.

10. Tremblay, A. *Fiche 13. Proportion de personnes (parents) dans les familles monoparentales avec enfants de moins de 18 ans*. non publié, 1998.

11. Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de la Montérégie. *La santé des montérégiens : portrait sommaire*. Saint-Hubert, 1995, 97 pages.

12. Dryfoos, J.G. *Adolescents at risk : Prevalence and prevention*. New York : Oxford University Press. 1990.

13. Ministère de la Sécurité publique. *Statistiques 1996*. Direction des affaires policières et de la sécurité incendie, Québec, 1997.

14. Santé Québec. *Conduites à caractère violent dans la résolution de conflits entre proches. Enquête sociale et de santé 1992-1993*. Québec, 1996. 171p.

15. Ministère de l'éducation du Québec. *Indicateurs de l'éducation, édition 1996 et 1997*. p. 54-57.

16. Sauvageau, Yves. *Et la santé en Montérégie, ça va? Faits saillants.* Direction de la santé publique de la Montérégie, 1995, 61 p.

17. Camirand, Jocelyne. *Un profil des enfants et des adolescents québécois, Enquête sociale et de santé 1992-1993.* Québec 1996, 194 p.

18. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *S'entraider pour la vie. Stratégie québécoise d'action face au suicide.* Québec, 1998, 94p.

19. Deschesnes, Marthe. *Évolution de la consommation d'alcool et des autres drogues chez les élèves du secondaire 1985-1991-1996.* RRSSS Outaouais, 1996, 32 pages.

20. Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de la Montérégie. *Plan d'action de lutte au tabagisme en Montérégie, 1998-2002.* DSPPÉ, Saint-Hubert, 1998, 16 pages.

21. Lamirande, Carole. *De l'énergie, j'en mange. Alimentation à l'adolescence.* Les Éditions de la Chenelière inc. Montréal, 1998, 215 p.

22. Desharnais R. et Godin G. *Enquête sur la pratique des activités physiques au secondaire.* 1995, 92 pages.

23. Rochon, Madeleine. *Taux de grossesse à l'adolescence, Québec, 1980 à 1995.* MSSS, 1997, 38 pages.

24. Groupe de travail sur les agressions à caractère sexuel. *Les agressions sexuelles : STOP.* Gouvernement du Québec, 1995, 175p.

25. Cloutier, Richard. *Psychologie de l'adolescence.* Montréal, Gaétan Morin, 1996, 307 pages.

26. Ferland, A. et R. Cloutier. *L'inadaptation psychosociale des adolescents. Comparaison des filles et des garçons.* Université Laval. Québec, 1996.

27. Santé Québec. *Et la santé, ça va en 1992-1993? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993.* MSSS, Montréal, 1995.

28. Comité des directrices et directeurs généraux des Régies régionales de la santé et des services sociaux du Québec. *Interventions à visée préventive auprès des enfants de 0 à 5 ans et de leur famille pour concrétiser le virage promotion/prévention aux niveaux local et régional.* Québec, 33 pages et annexe.

29. Conseil supérieur de l'éducation. *Le partenariat : une façon de réaliser la mission de formation en éducation des adultes.* Québec, 1995 p. 21-22.

30. Pineault R. et C. Daveluy. *La planification de la santé.* Montréal, 1986, 480 p.

31. Ministère de la Santé et des Services sociaux et ministère de l'Éducation. *Les services de santé et les services sociaux en milieu scolaire.* Gouvernement du Québec, 1993, 47 pages.

32. Éditeur officiel. *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. L.R.Q. chapitre S-4-2.

33. Groupe de travail sur la réforme du curriculum. *Réaffirmer l'école*. MÉQ. 1997.

34. Les Centres jeunesse de la Montérégie. *Vers un nouveau partenariat au bénéfice des enfants et de leur famille. Mémoire présenté aux États généraux sur l'Éducation*. Juin 1995.

35. Fortin J.P. et al. *Les conditions de réussite du mouvement québécois de villes et villages en santé*. Québec, 1991, 181 p.

36. Brousseau L. et M. Paiement. *Formation sur le plan global et intersectoriel pour la priorité Jeunesse*. Direction de la santé publique de Montréal-Centre. 1996, 162 pages.

37. Vitaro F., Dobkin P.L., Gagnon C., LeBlanc M. *Les problèmes d'adaptation psychosociale chez l'enfant et l'adolescent : prévalence, déterminants et prévention*. Presses de l'Université du Québec, 1994. 202 p.

38. Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique. *Guide canadien de médecine clinique préventive*. Santé Canada, 1994, 1136 pages.

39. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Orientations ministérielles en matière de planification des naissances*. Direction générale des programmes, Québec, 1995, 32 p.

40. Ouellet F., Paiement M. et P.H. Tremblay. *L'action intersectorielle, un jeu d'équipe : Guide d'intervention*. Direction de la santé publique de Montréal-Centre et CECOM de l'hôpital Rivière-des-Prairies, 1995.

41. Blanchet L., Laurendeau M.C., Paul D., Saucier J.F. *La promotion de la santé mentale : préparer l'avenir*. Comité de santé mentale du Québec, Édition Gaétan Morin, 1993, p. 72.

Annexe 1

POPULATION DES 6 - 17 ANS PAR TERRITOIRE DE CLSC

TERRITOIRES DE CLSC	POPULATION TOTALE (1997)	% DE VARIATION 1991-1996		POPULATION 1997 (6-11 ans)	POPULATION 1997 (12-17 ans)	POPULATION 1997 (6-17ans)	PROPORTION DES 6-17 ANS EN %		POPULATION (6-17 ANS) PONDÉRÉE PAR INDICE DE FAIBLE REVENU
Haute-Yamaska	88 612	4,90		7 073	7 556	14 629	17,01		15 284
La Pommeraie	51 409	1,80		4 188	4 396	8 584	16,70		9 030
Châteauguay	67 858	4,84		5 814	5 582	11 396	16,79		8 786
Kateri	82 296	17,15		7 711	6 975	14 686	17,85		12 592
Jardin du Québec	24 523	4,44		2 102	1 964	4 066	16,58		4 160
Des Seigneuries	100 518	11,52		8 677	8 646	17 323	17,23		8 862
S.de Champlain	120 299	0,43		8 033	9 382	17 415	14,48		19 700
St-Hubert	83 994	4,07		7 200	7 147	14 347	17,08		14 989
Longueuil-Est	70 288	2,32		5 286	4 960	10 246	14,58		18 973
Longueuil-Ouest	73 200	-4,72		4 634	4 386	9 020	12,32		19 952
Des Maskoutains	82 847	2,53		6 325	6 964	13 289	16,04		12 352
Vallée du Richelieu	93 870	5,65		7 841	8 480	16 321	17,39		11 995
La Chênaie	15 513	4,72		1 364	1 496	2 860	18,44		2 164
Du Richelieu	53 001	11,66		4 610	4 361	8 971	16,93		6 011
Vallée des Forts	102 974	5,02		8 471	8 493	16 964	16,47		18 335
Du Havre	58 797	-3,01		3 783	4 522	8 305	14,62		8 378
Huntingdon	24 430	0,71		2 009	2 030	4 039	16,53		4 773
La Presqu'île	99 717	12,82		8 958	8 153	17 111	17,16		12 329
S.de Beauharnois	58 876	-0,04		4 330	4 530	8 860	15,05		9 767
Montérégie	1 348 401	4,82		108 409	110 023	218 432	16,20		218 432

Sources : Recensement de 1991, fichiers corrigés pour sous-dénombrement (1994), incluent les contrats de services entre les CLSC, les projections ont été corrigées selon le recensement de 1991.

DSPPÉ de la Montérégie. Données populationnelles, le Québec et la Montérégie, équipe connaissance/surveillance, 1998.

B) Caractéristiques liées au sexe

Les grandes distinctions qui se dégagent de la comparaison entre adolescentes et adolescents pour les différents types de déviance sont les suivantes :

1) Délinquance

- la délinquance des filles est moins prévalente, structurée et violente que celle masculine, mais elle est davantage inscrite dans la sexualité que celle des garçons;
- les filles sont soumises plus fréquemment à des mesures de protection (internement, placement préventif, etc.) tandis que les garçons, à des mesures de responsabilisation (amendes, travaux communautaires, etc.);

2) Violence

- les filles manifestent en général moins de comportements violents que les garçons;
- les filles risquent davantage d'être victimes d'agression sexuelle tandis que les garçons, d'agression physique;

3) Suicide

- les filles font plus de tentatives de suicide, mais les garçons meurent davantage de suicide;

4) Abandon scolaire

- les filles réussissent mieux à l'école : elles abandonnent moins leurs études avant la fin du secondaire, ont moins de problèmes scolaires et prévoient des études plus longues que les garçons;

5) Drogues

- les habitudes de consommation de drogue des filles sont plus modérées que celles des garçons : elles en consomment moins régulièrement et sont moins à risque d'abus sérieux.

Source : Ferland A. et R. Cloutier. *L'inadaptation psychosociale des adolescents. Comparaison des filles et des garçons.* Université Laval. Québec, 1996.

Annexe 2 Étapes de développement de l'enfant et caractéristiques liées au sexe

A) Étapes de développement de l'enfant

♦ Les enfants de 0 à 5 ans

Créer des liens d'attachement qui favoriseront son autonomie

Le développement de l'enfant débute dès sa conception de sorte que, dès sa naissance, le nourrisson possède déjà les bases physiques et neurologiques essentielles à son développement ultérieur. Au cours des deux ou trois premières années, on assiste à la formation de liens d'attachement entre le bébé et généralement, ses parents. Un attachement sécure constitue un facteur de protection puissant pour l'enfant et lui permet d'acquérir la confiance de base qui lui est nécessaire. De 3 à 5 ans, il développera son autonomie et, si ses besoins de base sont comblés (sécurité affective et matérielle, nutrition, stimulation,...), il est susceptible de développer les habiletés, les habitudes et les attitudes compatibles à ses réussites ultérieures.

♦ Les enfants de 6 à 12 ans

Apprendre à fonctionner et à performer dans un monde social plus large

Vers 5 ou 6 ans, la vie de l'enfant est marquée par une transition importante : l'entrée à l'école. Le succès, le sentiment de réussite et la fierté personnelle expérimentés dès les premières semaines d'école sont déterminants pour la poursuite du développement du jeune. Parallèlement à la transition scolaire, l'enfant amorce l'acquisition de plusieurs habiletés nouvelles qu'il perfectionnera pendant le reste de son enfance. Au niveau intellectuel, il développe la capacité de raisonner, de poser des jugements, d'expliquer son propre comportement et celui des autres. Il se forge une représentation de l'univers d'après ce qu'il observe autour de lui. Les notions de bien et de mal, auparavant dictées de l'extérieur, deviennent intéressées chez l'enfant: il se construit un système de valeurs, un code moral qui lui sert de cadre de référence sur le plan des attitudes, des comportements et des habitudes de vie à adopter.

À mesure que son monde social s'élargit, l'enfant devient capable de se décentrer de lui-même pour adopter différents points de vue et pour se mettre à la place des autres, des habilités essentielles aux rapports interpersonnels harmonieux. D'ailleurs, l'enfant d'âge scolaire se montre de plu en plus relationnel: il est intéressé à développer et à maintenir des liens d'amitié, plus habile à communiquer et à résoudre des problèmes interpersonnels. À travers ce que les autres lui renvoient comme image de lui, il développe petit à petit son identité et sa personnalité. Tout au long de cette période, les parents demeurent la première source de soutien pour l'enfant : la qualité de leur accompagnement peut faire toute la différence.

♦ Les adolescents de 13 à 17 ans

Une longue transition entre l'enfance et l'âge adulte

Sur la base de tous ses acquis antérieurs, le jeune adolescent peut maintenant se consacrer à l'apprentissage de nouveaux rôles, à l'enrichissement de son répertoire de comportements, à la consolidation de son identité... bref, il se prépare à entrer de plein pied dans l'âge adulte. Bien que les parents demeurent les premiers confidents de leur jeune, l'adolescence exige qu'il se sépare graduellement de sa famille et qu'il acquiert une autonomie suffisante pour se prendre en mains. L'entrée à l'école secondaire plonge le jeune dans un univers plus diversifié et anonyme, où il

est rapidement confronté à la nécessité de faire des choix déterminants pour l'orientation de sa trajectoire de vie. Le jeune acquiert graduellement ce pouvoir de décider pour lui-même, qu'il s'agisse d'orientation scolaire, de fréquentations, de consommation, de relations amoureuses et de sexualité, etc. Son affiliation à un groupe de pairs fait partie de l'acquisition de cette liberté de choix : elle lui permet de se distancier des valeurs et des idées reçues par ses parents pour «réformer» son système de valeurs et de croyances selon ses propres convictions. Comme il se bat pour devenir un «grand» il se sent souvent invincible, invulnérable ou immunisé contre le danger, ce qui l'amène à prendre des risques, parfois bien calculés, parfois trop téméraires. C'est pourquoi il a toujours besoin d'un encadrement cohérent, souple, chaleureux et affectueux. Mais par-dessus tout, il a besoin de se «faire les dents» dans des rôles valorisants et reconnus par sa communauté, de se sentir utile, d'accomplir des choses avec succès. Il doit pouvoir compter sur sa communauté pour lui fournir des opportunités en ce sens.

Points à retenir concernant les étapes de développement

À la phase de transition de l'entrée à l'école,

- Développement de la capacité à s'organiser dans le temps et dans l'espace.

À l'âge de 5 à 9 ans,

- Phase cruciale du développement de l'estime de soi qui se nourrit des succès qu'il vit et qui est dépendant des rétroactions positives qui sont exprimées par les personnes qui ont de l'importance à ses yeux.
- Phase de développement des habilités essentielles aux rapports interpersonnels harmonieux et des habilités de communication.
- Le groupe de pairs prend de l'importance.
- Début de la vulnérabilité au développement des stéréotypes sexuels.

À l'âge de 10 à 12 ans (il existe de grandes variations dues à la plus ou moins grande précocité de l'enfant),

- Une plus grande stabilité sur le plan affectif, une plus grande confiance en soi, une meilleur acceptation des différences.
- Période de vulnérabilité à l'exploitation sexuelle.
- Période de vulnérabilité aux stéréotypes sexuels.
- Importance grandissante du groupe de pairs et de son potentiel d'influence.
- Vulnérabilité à l'anxiété de performance, à la compétition exagérée, au développement d'un sentiment d'infériorité.

À la phase de transition de l'école primaire à l'école secondaire,

- Vulnérabilité quant à sa confiance dans ses capacités intellectuelles.
- Baisse de l'estime de soi, surtout chez les filles.
- Baisse de la participation spontanée à des activités parascolaires.
- Besoin d'être reconnu, écouté, valorisé en tant qu'individu indépendant et possédant sa propre identité.

À l'âge de 13 à 17 ans,

- Période propice à l'adoption d'habitudes de vie.
- Importance très grande de la pression des pairs.
- Préoccupation importante de l'image corporelle.
- Vulnérabilité aux détresses psychologiques, aux peines d'amour, aux idées suicidaires et aux suicides.
- Début de l'expérience d'intimité avec une autre personne, incluant possiblement les relations sexuelles.

À la période de transition du secondaire au cégep ou vers le milieu du travail

- Diminution importante de l'encadrement.
- Exercice d'une autonomie plus complète

Sources : Jobin, Lyne. *La santé mentale des enfants et des adolescents-adolescentes, synthèse des informations.* Document non publié, 1997.

Groupe de travail interministériel MSSS-MÉQ sur les curriculums. *Volet santé et bien-être.* Document de travail non publié, 1998.

Annexe 3

Principaux facteurs de risque influençant la santé et le bien-être des jeunes

Individu	Milieu de vie	Environnement global
Faible estime de soi, manque de confiance en soi	Absence de soutien familial	Économie en récession, pauvreté, chômage
Statut racial minoritaire	Maladie ou pathologie parentale	Peu de place faite aux jeunes dans notre société
Sentiment d'être mal aimé, rejeté, incompris	Communication difficile avec les parents : contact distant, réservé, tendu, peu d'ouverture	Valeurs sociales fondées sur l'avoir, le pouvoir, le prestige, la consommation, la performance, l'individualisme
Expériences de vie stressantes	Absence d'attentes claires des parents vis-à-vis du jeune	Modèles, styles de vie proposés peu accessibles ou en conflit avec ses propres valeurs.
Intériorisation de l'expérience répétée de l'échec	Milieu violent; rapports violents entre parents et adolescents; entre jeunes et groupes de jeunes	Absence de leadership politique, d'espoir en l'avenir...
Peu ou pas d'ambition personnelle, de rêves, d'aspirations	Absence d'activités culturelles, sportives, communautaires, récréatives liées au développement physique et social des jeunes	Perte de confiance dans les institutions
Difficulté à négocier ses rapports avec les autres, à s'organiser, à résoudre ses problèmes	Peu d'occasion de vivre des expériences positives	Accès difficile au marché du travail
Isolement, solitude, découragement	Milieu scolaire inadapté aux difficultés et besoins des jeunes, aux différences individuelles et culturelles	Conditions de vie socio-économiques inadéquates (logement, sécurité, alimentation, revenu)
Peu de tolérance aux difficultés, aux contrariétés	Milieu de travail peu préoccupé par la qualité de vie, les ressources humaines	Voisinage violent
Incapacité d'insertion sociale	Influence de pairs mal adaptés, violents, désabusés	Services de santé et services sociaux peu accessibles
Ennui, vide, peu de plaisir à vivre	Carence du milieu de vie : milieu pauvre au niveau du soutien, de l'acceptation	Difficulté d'accès à des aliments sains, à du matériel d'hygiène, à des condoms.
Difficulté au niveau de son orientation sexuelle	Absence de personnes significatives	Peu d'aménagements facilitant la pratique régulière et sécuritaire d'activité physique
Connaissance et attitudes déficientes face à la santé	Séparation d'avec un parent ou l'absence d'un parent	Aménagements sportifs, de loisirs et routiers non sécuritaires
Habitudes de vie inadéquates (manque de sommeil, horaire de vie non conforme aux exigences, peu d'exercice, mauvaise alimentation, mauvaise hygiène dentaire, sexualité déficiente, toxicomanie)	Avoir une mère adolescente	
Prédispositions génétiques	Être membre d'une famille nombreuse (> 5)	
Problème sévère de santé	Niveau de scolarité des parents faible	
Couverture vaccinale inadéquate.	Peu d'implication du père	
Habiletés intellectuelles et cognitives déficientes	Mère qui n'a pas d'emploi	

Sources : MSSS. *Un Québec fou de ses enfants.* Gouvernement du Québec, 1991, 179 p.
MSSS. *Développement d'un programme concerté dans un contexte multisectoriel : Promotion de la santé et prévention primaire des toxicomanies chez les jeunes.* Service de formation réseau, 1992.
Jobin, Lyne. *La santé mentale des enfants et des adolescents-tes, synthèse des informations.* Document non publié, 1987.

Principaux facteurs de protection

Personnels	Familiaux	Contextuels
Habiletés cognitives	Relation affectueuse positive avec les parents	École de qualité
Perception de soi positive et sentiment d'efficacité	Bonne éducation parentale	Soutien de la part d'un adulte significatif à l'extérieur du milieu familial
Tempérament facile	Soutien parental	Pairs adaptés
Fort désir de réussite	Attachement	Participer à des activités parascolaires
Échelle de valeurs prosociales		Expériences scolaires positives
Événement positif ou neutre après un stresseur		Engagement au sein de la communauté, expériences de responsabilités

Adapté de : Carignan, Pauline. *Facteurs de risque, de protection et de résistance : leur rôle dans la santé mentale des enfants et des adolescents.* Document de travail, MSSS. 1995.

Que signifient «facteurs de risque» et «facteurs de protection»?

Bien qu'il n'y ait pas consensus parmi les auteurs sur une définition précise de ces concepts, nous convenons que dans le présent document, les définitions suivantes sont utilisées :

- **Facteurs de risque :**

  Il s'agit de facteurs qui, s'ils sont présents, augmentent la probabilité pour un enfant de développer des désordres émotifs ou comportementaux, et ce, en comparaison à un groupe d'enfants choisis au hasard dans la population générale. Par exemple, la maladie mentale des parents a été identifiée comme un facteur de risque.

- **Facteurs de protection :**

  Il s'agit de facteurs qui semblent amoindrir les prévisions de psychopathologies fondées sur les critères de risque qui entourent l'individu. Ces facteurs contribuent à la résistance contre les risques ; ils favorisent l'émergence de patterns d'adaptation réussie et de compétence. Il semble donc que les facteurs de protection servent de catalyseurs aux forces de l'enfant et de l'adolescent pour qu'ils puissent s'opposer aux forces adverses de leur environnement, développant leur résistance mentale.

Source : Carignan, Pauline. *Facteurs de risque, de protection et de résistance : leur rôle dans la santé mentale des enfants et des adolescents.* Document de travail, MSSS. 1995.

Annexe 4

Résultats attendus des Priorités nationales de santé publique- 1997 - 2002 relatifs aux jeunes d'âge scolaire

Le développement et l'adaptation sociale des enfants et des jeunes

Que d'ici 2002, dans toutes les régions du Québec, 60 % des écoles disposent :

- d'une programmation intégrée dans le domaine de la santé et des services sociaux visant le renforcement des aptitudes personnelles et sociales des jeunes et préconisant un environnement favorable à l'adoption de saines habitudes de vie;
- de programmes pour prévenir l'apparition de la violence chez les enfants et les jeunes témoins ou victimes de violence.

Les maladies évitables par l'immunisation

Qu'en 2002, 95% des enfants de 15 ans aient reçu le vaccin contre l'hépatite B ainsi que les rappels du calendrier régulier.

Que d'ici 2002, les maladies suivantes, évitables par l'immunisation, soient sous le seuil d'élimination : la rougeole, la rubéole, la diphtérie, les oreillons et la poliomyélite.

Qu'en 2002, l'incidence des maladies évitables par l'immunisation soit réduite, notamment:

- hépatite B: diminution de 50% des cas dans la population qui devient active sexuellement (jeunes de moins de 25 ans).

Le VIH-sida et les maladies transmissibles sexuellement (MTS)

Que d'ici 2002, toutes les régions du Québec aient, au regard des populations vulnérables:

- mis sur pied des programmes visant à renforcer les comportements sexuels sécuritaires;
- rendu accessibles des moyens de prévention du VIH-sida et des MTS (condoms disponibles dans toutes les écoles secondaires, les centres jeunesse et les prisons par exemple);
- mis en place des programmes permettant aux toxicomanes de se procurer des seringues stériles et de la méthadone.

Le tabagisme

Qu'en 1998, une stratégie de prévention du tabagisme soit appliquée dans toutes les écoles primaires et secondaires du Québec.

Que d'ici 2002, la proportion des jeunes du secondaire consommant régulièrement ou occasionnellement du tabac baisse de 22 % à 13 % chez les garçons et de 36 % à 20 % chez les filles.

Que d'ici 2002, la population québécoise âgée de 15 ans et plus composée de fumeurs réguliers ou occasionnels passe de 35,4% (pourcentage de 1994) à 28%.

Les traumatismes non intentionnels et intentionnels

Que dans toutes les régions du Québec soient régulièrement mis en œuvre des programmes d'application sélective (PAS)[1] visant la conduite sans alcool et le port du casque à vélo:

- qu'au moment de l'application de ces programmes, on observe un pourcentage inférieur à 1 % de conduite avec alcool et un taux de 40 % de port du casque de vélo.

Que d'ici 2002, toutes les régions du Québec aient mis sur pied des projets-pilotes ou des initiatives ayant pour objet la promotion des comportements pacifiques et la prévention de la violence envers les personnes.

Le suicide (selon la Stratégie québécoise d'action face au suicide, 1998)

S'assurer d'une programmation en milieu scolaire visant le renforcement des aptitudes personnelles et sociales des jeunes et préconisant un environnement favorable à l'adoption de saines habitudes de vie.

Développer une expertise sur la prévention du suicide auprès des jeunes de façon à identifier les aspects positifs ou négatifs de l'introduction d'un programme adaptée à la prévention du suicide en milieu scolaire :

- s'assurer de l'expérimentation d'un projet ou de plusieurs projets qui serviraient à mesurer à quelles conditions précises une intervention est efficace et souhaitable.

S'assurer de la présence dans chacune des régions d'une équipe capable d'intervenir en milieu scolaire en collaboration avec ce milieu lorsque se produit un suicide ou une tentative de suicide.

L'alcoolisme et les toxicomanies

Que des actions préventives en matière d'alcoolisme et de toxicomanie qui seront recommandées dans les Orientations ministérielles d'ici la fin 1998, soient mises en œuvre.

[1] Un programme d'application sélective (PAS) consiste en une action concertée et intensive réalisée au moyen d'activités visant à développer ou à modifier un comportement dans la population. De tels programmes ont été expérimentés notamment en ce qui a trait au port de la ceinture de sécurité, à la sécurité à bicyclette et à la conduite avec facultés affaiblies.